CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

Et des Pays de Langue Française

NEUVIÈME SESSION

Tenue à Angers, du 1er au 6 août 1898

VOLUME

Publié par le **Dr A. PETRUCCI**, *Secrétaire général*

COMPTES RENDUS



ANGERS

LACHÈSE ET Cie, IMPRIMEURS-LIBRAIRES

4, Chaussée Saint-Pierre, 4

1899

PRÉLIMINAIRES

BUREAU DU CONGRÈS

Présidents d'honneur :

MM. **Brisson**, ministre de l'Intérieur.
Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique.
Regnard, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés.
Delpech, préfet de Maine-et-Loire.
Joxé, maire d'Angers.
Ladame, privat docent à l'Université de Genève.
Legludic, directeur de l'École de médecine d'Angers.

Président

M. **Motet,** membre de l'Académie de médecine, 161, rue de Charonne, Paris.

Vice-Présidents

M. **Brunet,** directeur honoraire des asiles d'aliénés, 20, rue des Écoles, Paris.
M. **Parisot,** professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Secrétaire général

M. **Pétrucci,** directeur, médecin en chef de l'Asile public de Maine-et-Loire.

Secrétaires des séances

MM. **Arnaud,** médecin, directeur-adjoint de la maison de santé de Vanves (Seine).
Boissier, ancien interne des Asiles de la Seine.
Coulon, médecin-adjoint de l'Asile de Sainte-Gemmes.

LISTE DES ADHÉRENTS AU CONGRÈS

(Les noms précédés d'un astérisque sont ceux des adhérents qui ont assisté au Congrès)

Dr **Allard,** 46, rue de Châteaudun, Paris.

Dr **Anglade,** médecin-adjoint de l'Asile de Braqueville, Toulouse.

* Dr **Archambault,** médecin chef, asile d'aliénés, 20, rue Hospitalité, Tours.

* Dr **Arnaud,** médecin, directeur de la Maison de santé de Vanves (Seine),

* Dr **Ballet** (Gilbert), professeur agrégé à la Faculté, 39, rue du Général-Foy, Paris.

* Dr **Baudriller,** médecin à Saumur.

Bauer, 50, boulevard de Port-Royal, Paris.

* Dr **Bérillon,** inspecteur des Asiles d'aliénés de la Seine, rue Taitbout, Paris.

Boidin, externe des Hôpitaux, 83, rue de Rennes, Paris.

* Dr **Boissier,** 20, rue du Vieux-Colombier, Paris.

* Dr **Boquel,** rue Saint-Martin, 14, Angers.

* Dr **Bouchard,** professeur à la Faculté, 174, rue de Rivoli, Paris.

* Dr **Bouchereau,** médecin de l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, Paris.

* Dr **Bourneville,** médecin de Bicêtre, 14, rue des Carmes, Paris.

Dr **Briand** (Marcel), médecin chef de l'Asile d'aliénés de Villejuif (Seine).

* Dr **Brin,** interne des Hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté, rue Pestalozzi, Paris.

* Dr **Brissaud,** médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté, 5, rue Bonaparte, Paris.

* Dr **Brunet,** ex-directeur d'Asile, 20, rue des Écoles, Paris.

* Dr **Carrier,** médecin honoraire des Hôpitaux, 138, route de Vienne, Lyon.

* **Carrier,** étudiant en médecine, 138, route de Vienne, Lyon.

* Dr **Charpentier,** médecin de la Salpétrière, boulevard de l'Hôpital, 49, Paris.

* Dr **Charier,** 47, boulevard du Roi-René, Angers.

Dr **Chaslin,** médecin de la Salpétrière, 64, rue de Rennes, Paris.

* **Chauveau,** interne à l'Asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire.

* Dr **Christian,** médecin de la Maison nationale de Charenton (Seine).

* Dr **Coulon,** médecin adjoint de l'Asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire).
Dr **Coutant,** rue de la Petite-Bilange, Saumur.
* Dr **Cullerre,** directeur-médecin de l'Asile de la Roche-sur-Yon (Vendée).
* Dr **Deny,** médecin de Bicêtre, Paris.
* Dr **Deschamps,** 22, rue de la Monnaie, Rennes.
Dr **Devay,** 208, route de Vienne, Lyon.
* Dr **Diard,** 54, rue d'Autun, Le Creusot (Saône-et-Loire).
* Dr **Douet,** rue Corneille, 3, Angers.
* Dr **Doutrebente,** directeur-médecin de l'Asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher).
Dr **Dubourdieu,** médecin adjoint de l'Asile d'aliénés de Saint-Luc, à Pau.
Dr **Dubuisson** (Maxime), médecin directeur de l'Asile de Braqueville, Toulouse.
* Dr **Dutil,** Nice.
Dr **Dubuisson** (Paul), médecin chef de l'Asile de Sainte-Anne, Paris.
* Dr **Fabret,** Vanves (Seine).
Dr **Fenayrou,** médecin adjoint de l'Asile de Naugeat, près Limoges.
Dr **Fortineau,** rue de Rennes, Nantes.
Froussard, interne de l'Hôpital Saint-Antoine, Paris.
Dr **Garnier** (Paul), médecin chef de l'infirmerie spéciale à la Préfecture de Police, 16, boulevard Montmartre, Paris.
Dr **Garnier** (Samuel), directeur-médecin chef de l'Asile de Dijon.
Dr **Gilles de la Tourette,** rue de l'Université, 39, Paris.
* Dr **Giraud,** directeur-médecin de l'Asile de Saint-Yon, Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure).
Dr **Goujon,** sénateur, 15, place Daumesnil, Paris.
Goujon, externe des Hôpitaux, 15, place Daumesnil, Paris.
* Dr **Granjux,** rue Jacob, 9, Paris.
Dr **Grasset,** professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, rue J.-J. Rousseau, 6.
* Dr **Gripat,** rue de l'Aubrière, Angers.
* Dr **Guichard,** 75, rue Bressigny, Angers.
* Dr **Hartemberg,** boulevard Saint-Germain, 174, Paris.
* Dr **Jagot,** professeur à l'École de médecine, 1, rue d'Alsace, Angers.
* Dr **Joffroy,** professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté, rue de Rivoli, 156, Paris.
* Dr **Kachenko,** médecin en chef, directeur des Asiles de Nijni-Novogorod.
* Dr **Kéraval,** directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières (Nord).
* Dr **Klippel,** médecin des Hôpitaux, rue de Grenelle, 20, Paris.
* Dr **Ladame,** privat docent à l'Université, 20, rue de Castel d'Andorte, Genève.

* Dr **Lagarde,** boulevard du Château, Angers.
Lafforgue, médecin aide-major, Touggourt (Constantine).
* Dr **Lalanne,** directeur-médecin à la Maison de santé de Caudéran, Le Bouscat (Gironde).
* Dr **Lallemant,** directeur-médecin de l'Asile de Quatre-Mares, Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure).
Dr **Lande,** médecin légiste, 34, place Gambetta, Bordeaux.
* Dr **Lannois,** agrégé à la Faculté de Lyon, 14, rue Saint-Dominique, Lyon.
Dr **Larroussinie,** médecin directeur à la Maison de santé de Caudéran, place Fabelle, Gironde.
Dr **Leclerc,** médecin des Hôpitaux, 12, rue de la République, Lyon.
Dr **Le Filliatre,** médecin à Villejuif (Seine).
Dr **Legras,** premier médecin adjoint de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police, passage Saulnier, 7, Paris.
* Dr **Legludic,** directeur de l'École de Médecine, 56, boulevard du Roi-René, Angers.
* **Lelong,** étudiant en médecine, à Angers.
Dr **Lwoff,** médecin adjoint de l'Asile de Prémontré (Aisne).
Dr **Mabille,** directeur médecin de l'Asile d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure).
* Dr **Magalhaës,** Lemos.
* Dr **Magnan,** membre de l'Académie de médecine, médecin chef de l'Asile Saint-Anne, rue Cabanis, 1, Paris.
Dr **Mairet,** professeur à la Faculté, médecin chef de l'Asile de l'Hérault, 10, avenue Dussand, Montpellier.
* **Malbois,** interne à l'Asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire.
* Dr **Mally,** 24, rue Saint-Pétersbourg, Paris.
Dr **Marie** (Pierre), rue Cambacérès, 3, Paris.
* Dr **Marie,** médecin-directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).
* Dr **de Massary,** 74, rue Miromesnil, Paris.
* Dr **Meige,** 10, rue de Seine, Paris.
* Dr **Meignant,** à Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire).
Dr **Meilhon,** directeur-médecin de l'Asile de Quimper.
* Dr **Meuriot,** directeur de la Maison de santé, 17, rue Berton, Paris.
* Dr **Miraillé,** médecin des Hôpitaux, 16, rue Crébillon, Nantes.
* Dr **Monprofit,** chirurgien des Hôpitaux, rue de la Préfecture, Angers.
* Dr **Moreau,** rue de la Roë, 34, Angers.
* Dr **Motais,** rue Bodinier, 5, Angers.
* Dr **Motet,** membre de l'Académie de médecine, 161, rue de Charonne, Paris.
* Dr **Noguès,** directeur-médecin de la Maison de santé, 34, quai de Tournis, Toulouse.

* Dr **Parant,** directeur de la Maison de santé de Toulouse, allées de Garonne.
* **Parant,** étudiant en médecine, allées de Garonne, Toulouse.
Dr **Paris,** médecin en chef de l'Asile de Mareville, près Nancy.
* Dr **Parisot,** professeur agrégé à la Faculté, 47, rue Gambetta, Nancy.
* Dr **Péon,** directeur honoraire d'Asiles, rue Botanique, Angers.
Dr **de Perry** fils, 1, rue Lafaurie-Montbadon, Bordeaux.
* Dr **Petit,** médecin chef de l'Asile du Mans.
* Dr **Petrucci,** directeur-médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire.
Dr **Pichenot,** médecin chef de l'Asile d'aliénés de Montdevergne (Vaucluse).
* Dr **Picqué,** 8, rue de l'Isly, Paris.
* Dr **Pierret,** médecin chef de l'Asile d'aliénés de Bron, 8, quai des Brotteaux, Lyon.
Dr **Pitres,** professeur à la Faculté, 119, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux.
Dr **Pons,** médecin-chef de l'Asile des femmes aliénées, Château-Picon, Bordeaux.
Dr **Poix,** médecin sup. de l'Hôpital du Mans, 14, rue Victor-Hugo, Le Mans.
* Dr **Prieur,** 24, boulevard Voltaire, Paris.
* Dr **Raffegeau,** directeur de la Maison de santé, le Vésinet, près Paris.
Dr **Raymond,** professeur de clinique des maladies nerveuses, boulevard Haussmann, 156, Paris.
* Dr **Rayneau,** médecin chef du quartier d'aliénés, 1, rue Porte-Madeleine, Orléans
* Dr **Régis,** 54, rue Huguerie, Bordeaux.
Dr **Rey,** directeur-médecin de l'Asile d'Aliénés d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).
* Dr **Richault,** ex-interne de l'Asile de M.-et-L., Nueil-l'Espoir (Vienne).
Dr **Rispal,** professeur agrégé à la Faculté, allées Lafayette, Toulouse.
* Dr **Ritti,** médecin de la Maison nationale de Charenton, 57, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine).
Dr **Roth,** Moscou.
D **Roubinowitch,** ex-chef de clinique de la Faculté, 115, faubourg Poissonnière, Paris.
Dr **Rouby,** directeur de la Maison de santé d'Alger, à Dôle (Jura).
Dr **Semelaigne,** médecin-directeur de la Maison de santé, 16, avenue de Madrid (Neuilly-sur-Seine).
Dr **Sérieux,** médecin de l'Asile de Ville-Évrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Dr **Sollier,** 145, route de Versailles, Boulogne-sur-Seine.

Dr **Taty**, ex-chef de clinique à la Faculté de Lyon, La Tour de Salvagny (Rhône).
* Dr **Terrien**, ex-interne des Asiles de la Seine, Les Essards (Vendée).
* Dr **Thibault**, rue Ménage, Angers.
Dr **Toy**, ex-chef de clinique, médecin adjoint de l'Asile d'Auxerre.
* Dr **Trénel**, médecin adjoint de l'Asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure).
* Dr **Valentin**, boulevard Saint-Germain, 174, Paris.
* Dr **Vallon**, médecin-chef de l'Asile de Villejuif (Seine).
Dr **Vial**, directeur du Sanatorium de Châtillon-en-Drois, 11, place Victor-Hugo, Grenoble.
* Dr **Vigouroux**, médecin de l'Asile de Beauregard (Cher).
Dr **J. Voisin**, médecin de la Salpêtrière, 58, rue du Faubourg-Poissonnière, Paris.
Asile d'aliénés de Prémontré (Aisne).
Asile d'aliénés de Sainte-Anne (Paris).
Asile d'aliénés de Saint-Luc, à Pau.
Asile d'aliénés de Saint-Ylie (Jura).
Asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure).
Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

RÈGLEMENT

ARTICLE PREMIER. — Les médecins aliénistes et neurologistes français se réunissent chaque année dans une des villes de France.

ART. 2. — Chaque Congrès désigne, au cours de sa session, le lieu où il se réunira l'année suivante, le président et le secrétaire général du Congrès suivant.

ART. 3. — La durée du Congrès est de six jours. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, une le soir.

ART. 4. — La première séance est ouverte par le président du Congrès de l'année précédente, qui remet les pouvoirs à son successeur.

Immédiatement après l'ouverture de la séance, on nomme deux vice-présidents et des secrétaires de séances.

ART. 5. — Le Bureau nommé à la direction du Congrès modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances.

ART. 6. — Les membres adhérents ont seuls le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions.

Les délégués des administrations publiques françaises jouissent des avantages réservés aux membres du Congrès.

ART. 7. — Les orateurs, de même que les auteurs de communications, ne peuvent occuper la tribune plus de vingt minutes.

Les rapporteurs, pour l'exposé verbal des principaux points de leur rapport écrit, n'ont pas de temps limité.

ART. 8. — Les membres du Congrès qui auront pris la parole dans une séance devront remettre au Secrétaire général, dans les vingt-quatre heures, un résumé de leurs communications

pour la rédaction des procès-verbaux. A défaut de ce résumé, le texte rédigé par les secrétaires des séances en tiendra lieu.

Art. 9. — Les rapports imprimés doivent être distribués aux membres adhérents au moins un mois avant l'ouverture du Congrès. Les comptes rendus seront imprimés et distribués le plus tôt possible après la session.

Art. 10. — Le Bureau a le droit de fixer l'étendue des mémoires ou communications livrés à l impression.

Tout mémoire qui n'aura pas été remis au Secrétaire général dans les deux mois qui suivent la clôture de la session ne sera pas imprimé.

Art. 11. -- Le Bureau de chaque Congrès statue en dernier ressort sur tout incident non prévu au règlement.

Il constitue, avec le Président et le Secrétaire général élus un an d'avance, le Comité d'organisation du Congrès de l'année suivante, en s'adjoignant les médecins aliénistes de la ville où l'on doit se réunir.

COMPTE RENDU FINANCIER DU CONGRÈS DE TOULOUSE

1897

Présenté par le Dr Victor PARANT, *Secrétaire général*

RECETTES

131 cotisations à 20 fr.	2.620 f.	»
9 cotisations à 10 fr. (étudiants).	90	»
Subvention du Conseil général de la Haute-Garonne	500	»
Subvention de la ville de Toulouse	500	»
Reliquat du Congrès de Nancy (transmis par M. le Dr Vernet).	918	70
Cotisations du banquet du Congrès	705	»
Cotisations de l'excursion de Carcassonne . . .	217	»
Cotisations de l'excursion de Luchon (non compris les frais de voyage, restés individuels) . . .	148	»
Cotisations de l'excursion de Bacanère	432	»
Vente directe d'un volume des comptes rendus. .	20	»
Produit des volumes vendus par la librairie Masson.	370	80
Total	6.521 f.	50

DÉPENSES

Impression de circulaires, lettres d'avis, cartes de membres avec plan de Toulouse, etc. . . .	319 f.	90
Articles de bureau, frais de correspondance, affranchissements divers.	171	80
Impression des rapports et des comptes rendus .	2.667	95
Tirages à part pour les rapporteurs	64	60
Frais d'envoi des rapports et comptes rendus . .	168	20
Gratifications diverses, préparation des excursions	128	50
A reporter.	3.520 f.	95

Report.	3.520 f. 95
Banquet du Congrès. — Note du restaurateur, invités, décoration de la salle, rafraîchissements aux musiciens, etc.	1.183 »
Dépenses de l'excursion de Carcassonne. . . .	249 90
Dépenses de l'excursion de Luchon	181 »
Dépenses de l'excursion de Bacanère.	432 »
Total	5.566 f. 85

BALANCE

Recettes	6.521 f. 50
Dépenses	5.566 85
Reste.	954 f. 65

Choix du siège du Congrès, nomination du Président et du Secrétaire général pour le Congrès de 1899

Le neuvième Congrès des aliénistes et neurologistes français décide que la dixième session en 1899, aura lieu à Marseille au mois d'avril.

Il nomme :

Président : **M. Doutrebente**, directeur-médecin de l'Asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher);

Secrétaire général : **M. Rey**, directeur-médecin de l'Asile d'Aix-en-Provence.

Après ce vote, **M. Ballet** communique une lettre de **M. Doursoux**, directeur-médecin de l'Asile de Naugeat (Limoges) par laquelle notre confrère demande au Congrès de choisir la ville de Limoges pour la session de 1901. La proposition de **M. Doursoux** est acceptée à l'unanimité.

Choix des questions et des rapporteurs pour le Congrès de 1899

1re Question. — Délires systématisés secondaires.

Rapporteur : **M. Anglade.**

2e Question. — Les psychoses polynévritiques.

Rapporteur : **M. Dutil.**

3e Question. — Les aliénés méconnus et condamnés.

Rapporteur : **M. Taty.**

NEUVIÈME CONGRÈS

DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Angers, 1898

PROGRAMME

Le neuvième Congrès des Aliénistes et Neurologistes français. se tiendra à Angers, du 1er au 6 AOUT 1898.

La séance d'ouverture aura lieu dans la salle des Fêtes, à l'Hôtel-de-Ville. Les autres séances auront lieu à l'Ecole de Médecine où le Secrétariat se trouvera également pendant la durée du Congrès.

Les ordres du jour sont réglés comme suit :

Lundi 1er Août

Matin, 10 heures. – Séance solennelle d'ouverture à la Mairie.

Soir, 2 heures. — Ecole de Médecine. Constitution du Bureau. Nomination des deux Vice-Présidents et des Secrétaires des séances. Compte rendu financier de 1897. Nomination d'une Commission pour le choix des questions à mettre à l'ordre du jour du Congrès de 1899.

Première question : *Les troubles psychiques post-opératoires.*

Rapporteur : **M. Rayneau**

Discussion.

Mardi 2 Août

Matin, 9 heures. — Deuxième question. *Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux.*

Rapporteur : **M. Coulon.**

Discussion.

Soir, 2 heures. — Suite de la discussion sur la deuxième question. Communications diverses.

Soir, 7 heures. — Banquet par souscription du Congrès.

Mercredi 3 Août

Matin, 9 heures. — Troisième question. *Les délires transitoires au point de vue médico-légal.*

Rapporteur : **M. Vallon.**

Discussion.

Soir, 3 heures. — Visite de l'Asile départemental de Sainte-Gemmes-sur-Loire. Dîner offert par l'Administration de l'Asile à MM. les Congressistes. Représentation théâtrale. Feu d'artifice.

Jeudi 4 Août

Matin, 9 heures. — Choix du siège du Congrès pour 1899. Élection du Président et du Secrétaire général. Choix des questions à mettre à l'ordre du jour. Nomination des Rapporteurs. Communications diverses.

Soir, 1 heure. — Visite de la Ville d'Angers et des principaux monuments.

Vendredi 5 Août

Matin, 9 heures. — Communications diverses.

Soir, 1 heure, — Visite aux Ardoisières de Trélazé.

Samedi 6 Août

Excursion à Saumur. — Réception par la municipalité. Visite de la Ville et de l'École de Cavalerie. Visite de l'Abbaye de Fon-

tevrault, aujourd'hui Maison centrale, du château de Montsoreau, Candes, embouchure de la Vienne.

Dimanche 7 Août

Excursion en bateau à vapeur. — Visite des bords de la Loire : châteaux de la Baumette et de Châteaubriant, La Pointe, Béhuard, La Possonnière, Chalonnes, Champtocé (ruines du vieux château de Barbe-Bleue), Montjean, Ingrandes, Saint-Florent-le-Vieil. — Déjeuner à bord.

Clôture du Congrès.

COMPTES RENDUS

DES

SÉANCES

CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

Angers, 1898

SÉANCE D'OUVERTURE

LUNDI 1er AOUT (matin)

La séance d'ouverture du neuvième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes a eu lieu le lundi 1er août à dix heures du matin, dans la Salle des Fêtes, à la mairie d'Angers.

Le grand escalier est garni de plantes vertes, disposées avec un goût parfait.

De la cour d'honneur, du perron de l'entrée et du vestibule du premier étage, la vue repose agréablement sur le délicieux jardin du Mail avec l'avenue Jeanne-d'Arc se perdant dans l'horizon. Sur les côtés, le Champ-de-Mars, le palais de Justice, la place d'Alsace-Lorraine offrent à l'œil un superbe panorama.

La salle de réception, gracieusement mise à notre disposition par M. le Maire d'Angers, est décorée avec un soin tout particulier.

Sur une estrade, dressée pour la circonstance, prennent place M. Joxé, député de Maine-et-Loire, maire d'Angers, qui reçoit les Congressistes. Il a à ses côtés MM. le Dr Motet, président du neuvième Congrès, membre de l'Académie de médecine, le Dr Regnard, inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur, Cazenavette, procureur général. Delpech, préfet de Maine-et-Loire, Pétrucci, secrétaire général du neuvième Congrès.

Une nombreuse assistance honore la solennité. On y remarque quelques dames en fraîche toilette.

M. le Maire ouvre la séance et souhaite la bienvenue aux membres du Congrès dans les termes suivants :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESSIEURS,

Nous avons l'honneur de vous souhaiter la bienvenue parmi nous et de vous remercier d'avoir bien voulu faire choix de la ville d'Angers pour siège de votre neuvième Congrès.

Vous êtes ici, M. le Président, au milieu de vos concitoyens, de vos amis, tous heureux de vous recevoir et de vous témoigner leur sympathie et leur admiration pour les éminents services que vous avez rendus et que vous êtes appelé à rendre chaque jour à l'humanité dans la spécialité que vous avez choisie.

Parmi les maux qui affligent l'espèce humaine, l'un des plus terribles est, sans contredit, celui qui éteint la raison. Il frappe en aveugle, et souvent les plus intelligents d'entre nous. Aussi, Messieurs, devons-nous de la reconnaissance à ceux qui se vouent au traitement de ces intéressants malades.

Nous sommes persuadés que les travaux auxquels vous allez vous livrer marqueront une étape nouvelle dans la science médicale et d'avance nous escomptons le grand bien qui en ressortira pour l'humanité.

Nous faisons des vœux, Messieurs, pour que vous emportiez bon souvenir de votre séjour dans notre cité.

Cette allocution pleine de sympathie, de déférence, d'amabilité est vivement goûtée de l'assemblée et particulièrement des Congressistes qui témoignent à M. le Maire toute sa gratitude par de vifs applaudissements.

M. le Maire donne ensuite la parole à M. le Dr Motet.
M. le Président, dans un discours souvent interrompu par

des applaudissements, traite « de l'importance du rôle du médecin légiste dans ce qui touche à ses rapports avec la justice. »
Il s'exprime en ces termes :

MESDAMES,
MONSIEUR LE MAIRE,
MESSIEURS,

J'ai l'honneur de vous remercier des paroles si cordiales de bienvenue que vous nous adressez, et de saluer, au nom de mes collègues, la ville d'Angers qui nous reçoit aujourd'hui avec tant d'éclat.

MES CHERS COLLÈGUES,

Cette assemblée d'élite n'a pas seulement des sympathies ; des représentants du département et de la ville, dont vous allez être les hôtes pendant quelques jours, sont venus vous témoigner tout l'intérêt que vos travaux inspirent, toute l'estime qu'on a pour des hommes de science venus ici de tous les points de la France, pour étudier ensemble de graves problèmes, mettre en commun les fruits de leurs observations, essayer d'adoucir la plus grande des infortunes, soulager enfin les malheureux qui souffrent de la perte « du grand bien de l'intellect. »

Mes chers Collègues, l'hospitalité la plus cordiale, la plus généreuse vous est offerte avec cette bonne grâce particulière à la cité angevine. Elle est depuis des siècles, par une tradition ininterrompue, passée dans les coutumes ; ici, l'accueil est toujours bienveillant, les cœurs s'ouvrent aisément ; la vie est douce et bonne sous un climat heureux, sur une terre où les fleurs naissent sous les pas ; ne craignez pas de curiosités indiscrètes ou jalouses, on n'ignore pas qui vous êtes, et l'on vous sait gré d'être venus avec confiance vous occuper de choses très sérieuses dans une ville dont les habitants valent aujourd'hui ce qu'ils valaient pour Ménage, qui disait que « les Angevins étaient les hommes les plus spirituels de son temps. »

Vous verrez que, du nôtre, l'appréciation sera de tous points justifiée.

Vous pouvez travailler ici beaucoup, tout le monde respectera vos sérieuses occupations; vous pourrez prendre aussi quelques heures de repos, et pour charmer vos loisirs, vous trouverez des hommes pleins d'empressement et de courtoisie qui vous montreront les restes pieusement conservés de l'antique cité, les transformations qui embellissent la ville nouvelle. Tout vous promet l'une de ces semaines heureuses dont on garde les plus doux souvenirs.

Dans vos Congrès antérieurs, d'éloquentes paroles ont été prononcées, sur la nécessité de l'union de la médecine mentale et de la Neuro Pathologie. Avec moins de talent, mais avec une conviction tout aussi profonde, je dirai à mon tour que ces deux branches des sciences médicales se complètent l'une et l'autre, et qu'aujourd'hui rien de solide, rien de sûr, rien de stable ne pourrait plus être fait si les liens étroits qui les relient dans leur évolution venaient à être rompus. Le fonctionnement du cerveau est loin d'être encore complètement connu, mais les conquêtes de la neurologie depuis un demi-siècle ont été si rapides, les découvertes des micrographes ont été si importantes qu'il nous est bien permis d'entrevoir dans un avenir prochain, je l'espère, la solution du problème patiemment cherché. La psychologie avait tout à gagner à s'adapter à ces acquisitions nouvelles ; si quelques esprits ont refusé de les accepter, on a vu de nos jours des hommes de grand savoir se dévouer à la vulgarisation de données scientifiques positives, et projeter une vive lumière sur des questions obscures. Les travaux de Ribot, de Richer, de Ferrier, de Janes, de Binet, etc., ont préparé un énergique mouvement de rénovation scientifique dont les sciences dites sociales ont à leur tour largement à profiter.

N'est-ce pas d'hier que date l'étude de l'anthropologie criminelle ? qu'on le veuille ou non, Messieurs, le jour où l'on introduisit les procédés d'analyse scientifique, les données positives dans l'étude du crime et de ses factums

biologiques sociaux, climatériques, un immense progrès fut réalisé. A la notion brute d'un crime ou délit, vient s'ajouter la recherche de la valeur intellectuelle et morale de l'agent, et une classification empruntée à la fois à la nosologie et à la philosophie pénale, sujet permettant de différencier des types aussi nets, aussi accusés que le sont en pathologie les types morbides. Seulement, la science était toute nouvelle, elle eut à ses débuts des entraînements, elle généralisa trop, et une vive réaction se produisit ; le Congrès de Paris en 1889, rejeta résolument et fit bien, le type du criminel né tel que l'avait conçu Lombroso ; mais il est resté quelque chose qui relève de la médecine mentale et que nous connaissions depuis bien longtemps, c'est la détermination de la prédominance des dégénérescences mentales chez un très grand nombre de criminels. Ne craignez pas, Messieurs, que cette affirmation soit suivie de ma part de propositions qui tendraient à affaiblir la répression, j'ai trop longtemps vécu au milieu des criminels, j'ai par une longue fréquentation, trop bien appris à les connaître pour n'avoir pas la conviction profonde que la société a le droit de se protéger et de se défendre, mais je peux dire ici, que la connaissance plus complète de l'individu étudié dans ses antécédents, dans son évolution, dans ses aptitudes, aussi bien que dans l'action exercée sur lui par le milieu social où il a vécu, est de nature à justifier des réformes que réclament dans nos institutions générales des esprits des plus distingués.

Vous ne me trouverez pas, Messieurs, trop prétentieux ni trop téméraire, si je dis devant vous qu'une part dans la vulgarisation de ces idées nous appartient, et que c'est à la médecine légale des aliénés qu'est dû l'immense effort qui a été fait dans ces dernières années, sans bruit, sans autre retentissement que celui de discussions entretenues dans un milieu restreint, mais où chacun des orateurs, conscient de sa force, n'ayant pas besoin autour de lui de bruit, de propagande, apportait d'énergiques convictions. Les luttes furent vives, les vieux principes du libre arbitre et de la responsabilité eurent à subir de rudes assauts ; mais il se trouva un nombre imposant de psychologues,

de médecins qui se refusèrent à admettre que le libre arbitre n'existât pas, et que la notion de la responsabilité fût une notion toute métaphysique.

Vous vous souvenez, Messieurs, de discussions soutenues au sein de la société Médico-Psychologique, et qui occupaient il y a plus de vingt ans de nombreuses séances. Elles n'aboutirent pas, et je n'oserais pas dire que nous soyons aujourd'hui beaucoup mieux en mesure de leur donner une solution pratique.

Cependant, s'il est vrai que la responsabilité humaine n'est pas chose qui se mesure ni qui se pèse, il n'y en a pas moins une notion supérieure qui domine tout débat, qui, à mon avis, s'impose, et dont la formule est d'une extrême simplicité : Tout acte dommageable à autrui, prémédité et voulu, doit être reproché à celui qui l'a commis. C'est là le fondement de la responsabilité morale. Mais qu'on y prenne garde, cette formule, si cela n'avait pas la loi écrite pour sanction, nous rejetterait en pleine barbarie, nous ne serions pas beaucoup au-dessus du précepte des sauvages où l'individu disparaissait derrière la collectivité, où le crime d'un seul mettait les armes à la main du clan, de la tribu, où la lutte s'établissait entre des guerriers qui substituaient à l'idée du droit, celle de la vengeance et de la force.

Les sociétés modernes ne se vengent plus ; elles se défendent contre ceux qui compromettent leurs intérêts, leur sécurité, leur repos. Plus justes et plus humaines, elles ne veulent pas frapper au hasard, elles savent qu'il y a des êtres déchus qu'elles n'ont pas le droit de punir, mais elles ne veulent être indulgentes qu'à bon escient, lorsque les magistrats qui ont reçu d'elles la mission de poursuivre les crimes ou les délits soupçonnent un trouble de l'esprit chez le délinquant. C'est au médecin qu'ils s'adressent, c'est à lui qu'ils demandent de les éclairer.

Alors, Messieurs, commence cette grande et noble tâche pour l'accomplissement de laquelle il faut mettre à la recherche de la vérité, toute son intelligence, tout son savoir. Tâche toujours délicate, souvent difficile, quelquefois périlleuse, non pas seulement à cause de l'examen

qui nous est confié, mais aussi à cause des attaques qui ne nous sont pas ménagées. Nous vivons à une époque de libre examen, de libre discussion qui nous crée des embarras de plus d'un genre, nous sommes discutés même avant d'avoir déposé nos rapports. Chacun a son opinion et l'écrit, quand nous, nous sommes tenus au plus absolu silence, et si l'on nous prête un langage, qui bien souvent n'a rien de scientifique, nous ne pouvons rien rectifier des erreurs avant bien longtemps. Ce que disait Lorain en 1875, peut être redit aujourd'hui : « Quant aux appréciations que le public incompétent et les personnes qui se chargent de le renseigner par la voie des journaux, portent sur nos dépositions, je pense qu'il n'y faut pas attacher une trop grande importance dans l'intérêt de notre repos. »

Quelles que puissent être ces légères atteintes, elles ne sont pas pour troubler le médecin qui, dans sa conscience, avec une indépendance de caractère absolue, dit ce qu'il a constaté, ce qu'il croit être la vérité, et qui, ne sortant pas des limites imposées à sa compétence, n'avance rien dont il ne soit pas sûr.

La médecine légale des aliénés avec les intéressants problèmes qu'elle est chaque jour appelée à étudier et à résoudre, est l'une des branches les plus importantes de la médecine légale prise dans son ensemble. Elle est singulièrement attachante, et si variée qu'on peut dire que chaque cas présente ses particularités qui doivent être mises en lumière. Sans doute, il importe de déterminer à quel groupe, à quelle forme appartient le cas soumis à l'examen ; cette précision clinique est au début de toute expertise médico-légale : c'est elle qui guidera dans les recherches ; c'est elle qui éloignera les chances d'erreurs. Quand la médecine qui sait comment se détermine un aliéné appartenant à un type nettement défini aura, dans une observation sévère, analysé les symptômes d'un trouble mental, il pourra s'élever à la notion des mobiles qui auront amené l'aliéné à commettre l'acte qualifié crime ou délit. Dans les cas simples, les difficultés ne sont pas grandes ; mais il en est de compliqués où les perversions

des sentiments et du caractère peuvent tout d'abord paraître ne pas différer beaucoup de manifestations qui ne sont pas pathologiques. C'est alors que l'étude doit porter sur l'ensemble de toute une existence que les conditions défavorables créées par une hérédité morbide, par une éducation mauvaise, par les habitudes, devenues si communes aujourd'hui, de l'abus d'agents toxiques, doivent être appréciées, une à une, afin que les défaillances de la volonté, les impulsions qui les suivent, la perte de la conscience de la valeur morale des actes puissent être rigoureusement démontrées. Nous ne devons jamais oublier que nos conclusions doivent être assez claires, reposer sur des déductions positives assez évidentes, pour que la conviction du magistrat qui nous consulte, s'établisse sans effort. La véritable mission du médecin-expert dans les questions relatives à l'aliénation mentale, est surtout de rattacher l'acte incriminé à un état pathologique antérieur, de montrer qu'il est tout entier sous sa dépendance, qu'il s'explique par l'influence de causes différentes de celles qui, chez les individus normaux, deviennent des mobiles d'action.

Je ne puis, dans cette séance solennelle, qu'esquisser à larges traits l'importance du rôle du médecin légiste dans ce qui touche à ses rapports avec la justice. J'ai de ce rôle une opinion si haute que je voudrais que le plus grand nombre possible de médecins fût préparé à le remplir. Nos études sont si spéciales, elles supposent une direction si particulière, la vie dans un milieu si différent du milieu où d'ordinaire se meut le médecin, que nécessairement bien peu sont à même d'acquérir l'expérience nécessaire. Je voudrais que les jeunes gens, étudiants en médecine des facultés, des écoles de plein exercice, qui déjà trouvent auprès du professeur de clinique des maladies mentales, un enseignement qui jadis nous manquait, fussent préparés aux expertises médico-légales.

Leurs maîtres sont tous prêts à les instruire, à les guider, à leur donner cet enseignement supérieur. Il répondrait aux prescriptions de l'art. 14 de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine qui dit, paragraphe 3 : « Un règlement d'administration publique déterminera les condi-

tions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux. » Et de fait, les cours et tribunaux établissent au commencement de chaque année judiciaire la liste des médecins-experts.

M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, dans un rapport présenté à la Société de médecine légale le 18 février 1884, demandait que l'instruction des élèves fût perfectionnée, et qu'un examen spécial donnant seul l'obtention d'un diplôme ou d'un certificat témoignant des connaissances du candidat en médecine légale fût institué.

L'Association générale des médecins de France donnait son adhésion à ce projet que nous avons eu l'honneur de lui exposer en 1891. Les circonstances rendant aujourd'hui plus pressante encore la nécessité de cette réforme de l'instruction criminelle, viendra nécessairement celle de l'expertise qui devra être contradictoire. En aliénation mentale, il importe donc qu'on se prépare sérieusement, dès maintenant, à répondre aux préoccupations, non pas seulement de l'opinion publique, mais aussi des diagnostics, aux nôtres, car nous avons le souci d'assurer partout en France, le concours éclairé du médecin à la bonne administration de la justice. Il m'a semblé, Messieurs, que je pouvais profiter de votre réunion pour appeler l'attention du Congrès sur ces questions d'ordre supérieur. Je ne doute pas qu'elles reçoivent de vous l'accueil qu'elles méritent. Je vois ici des hommes d'une haute autorité scientifique, acquise au prix d'un travail patiemment, longuement soutenu. Je sais, pour les avoir éprouvées moi-même, les difficultés, les angoisses que soulèvent et que causent les premières expertises médico-légales, et j'ai une profonde reconnaissance pour ceux qui m'ont aidé, qui m'ont soutenu à mes débuts. C'est pour cela que je souhaiterais que chacun de vous fût à même de mettre son expérience au service de ceux qui se sentiraient attirés vers la médecine légale de l'aliénation mentale. Qui mieux que vous pourrait dire les sombres drames de la folie, les ruines qu'elle prépare, les convoitises qu'elle fait naître? Qui sait aussi bien que nous, dont les avis ne sont pas

toujours écoutés, les tristesses profondes de familles qui cachent aussi longtemps qu'elles le peuvent, les violences, les tyranniques exigences, les excès alcooliques de l'un de leurs membres qui devient un jour un meurtrier? Combien de fois n'avez-vous pas eu à intervenir pour sauver l'honneur, la fortune d'une famille, quelquefois la vie d'un aliéné méconnu? Cette mission sociale, pleine de grandeur, vous la remplissez noblement, et je remplis à mon tour un devoir de la haute fonction à laquelle vous m'avez appelé, en disant que vous voulez que partout on le comprenne comme vous le comprenez vous-mêmes ; que vous voulez que se conservent et se répandent les traditions d'honneur qui ont été la loi de notre vie, que vous voulez enfin préparer l'avenir en ouvrant de jeunes intelligences, en leur donnant à pleines mains les fruits de votre expérience. C'est ce que vous allez faire dans ce Congrès qui s'ouvre sous d'heureux auspices, et c'est avec une légitime fierté que, librement choisi par vous, mes chers Collègues, je présiderai les séances remplies par vos travaux. Il me restera de l'honneur que m'ont réservé vos affectueuses sympathies, un inoubliable souvenir

M. le Lr Regnard, inspecteur général, prend la parole à son tour. Il prononce une allocution patriotique, dans laquelle il fait ressortir la supériorité de la France au point de vue intellectuel et en particulier au point de vue des progrès accomplis par la science neurologique.

Après ces discours fort goûtés et chaleureusement applaudis, M. le Maire d'Angers lève la séance.

Séance du lundi 1er août (soir)

Présidence de M. le Dr MOTET, président

La séance est ouverte à deux heures. Elle se tient comme les suivantes dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de Médecine, mis à cet effet à la disposition du Congrès par M. le Directeur de l'École.

Par ses soins, l'organisation de la salle des séances et de ses annexes avait été très bien disposée. Il avait tenu lui-même à présider à tous les préparatifs.

Les abords de l'École sont ornés de drapeaux. Des fleurs, des plantes vertes, des tentures décorent l'entrée de la salle des séances. Des tables spéciales sont placées pour les représentants de la presse.

Installation du Bureau

M. Ritti, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, président du Congrès de 1897, à Toulouse, remercie tout d'abord les membres du Bureau de ce Congrès. Il invite M. Parant, en sa qualité de Secrétaire général, de bien vouloir donner lecture de l'état financier du Congrès de Toulouse. *(Voir aux préliminaires)*.

Il invite ensuite M. Motet à prendre place au fauteuil présidentiel, ajoutant qu'il se félicite de s'y voir remplacer par un homme aussi distingué, membre de l'Académie de médecine, et dont les travaux en médecine légale sont si hautement appréciés.

M. Motet prend la présidence. Il déclare ouverte la neuvième session du Congrès annuel des médecins aliénistes et neu-

rologistes. Avant de procéder à la constitution du Bureau, il prononce l'allocution suivante. :

« MESSIEURS, MES CHERS COLLÈGUES,

« En prenant possession de ce fauteuil de la présidence, mon premier devoir est de vous remercier de l'honneur que vous avez bien voulu me faire. J'en ai un autre encore à remplir, c'est de rendre à mon prédécesseur, M. Ritti, l'hommage qui lui est dû. Vous avez tous présents à la mémoire ses remarquables éloges de Pinel et d'Esquirol, prononcés à la séance d'ouverture du Congrès de Toulouse. Sous sa présidence, le VIIIe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France a beaucoup travaillé, et les deux volumes publiés sous la direction de votre dévoué secrétaire général, M. Parant, sont le témoignage et du nombre et de l'importance des communications qui se sont succédé.

« Nous sommes ici, Messieurs, dans une ville qui a donné à la médecine d'illustres savants. Autour de cet amphithéâtre vous voyez leurs portraits : on conserve pieusement leur souvenir dans cette École de médecine où le directeur, M. le professeur Legludic, et ses collègues, nous offrent une si cordiale hospitalité. En votre nom, je leur adresse l'expression de notre vive reconnaissance.

« Je n'abuserai pas, Messieurs, de mon titre de président, vous avez hâte de commencer vos travaux, je cède la parole au rapporteur de la première question, M. le Dr Rayneau, d'Orléans, dont vous avez lu déjà le remarquable mémoire sur : *les Psychoses post-opératoires.* »

Il est procédé ensuite à l'élection des membres du Bureau. *(Voir aux préliminaires.)*

Puis la parole est donnée à **M. Rayneau**, pour faire le résumé de la première question du programme.

Les Troubles psychiques post-opératoires

Les troubles psychiques post-opératoires ont souvent attiré l'attention des chirurgiens et des aliénistes, mais c'est principalement depuis une quinzaine d'années que les esprits semblent s'en préoccuper davantage.

La littérature médicale étrangère ainsi que la nôtre nous offrent à ce sujet de précieux documents. C'était donc une étude toute indiquée pour le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Aussi la Commission a-t-elle été bien inspirée en la mettant à l'ordre du jour du programme de cette année.

Nous en avons la preuve dans le mouvement qui s'est produit depuis l'annonce de cette décision. Des cliniques, des thèses, des travaux divers ont été publiés ou sont en cours de préparation. Enfin la discussion qui vient de se poursuivre à la Société de chirurgie, le nombre et l'importance des orateurs qui y ont pris part prouve surabondamment l'intérêt qui s'attache à la question.

Sous le titre de troubles psychiques post-opératoires on doit comprendre tous les troubles intellectuels qui peuvent survenir à la suite d'une opération, quelle que soit leur forme. Il y a lieu de distinguer ceux qui dépendent seulement de l'intervention et ceux qui ont été faussement considérés comme en étant la conséquence.

Nous verrons que cette distinction n'a pas toujours été établie.

Certains auteurs tendent avec plus ou moins de parti pris à aggraver la responsabilité de l'acte opératoire dans la production de divers délires.

D'autres admettent une relation étroite entre les psychoses et les interventions chirurgicales portant sur certains organes et en particulier sur les organes génitaux.

D'autres attribuent à la prédisposition héréditaire ou acquise l'éclosion des troubles psychiques post-opératoires

regardant comme absolument négligeables des facteurs qui jouent pourtant un grand rôle dans la genèse de ces accidents.

Il convient en effet d'admettre qu'il peut exister diverses causes susceptibles de provoquer des troubles psychiques après une opération et qu'il faut les étudier avec soin de manière à dégager la part qu'il convient de leur attribuer et celle qui incombe plus particulièrement à l'intervention.

Nous ne nous dissimulons pas la difficulté qu'il y a de s'orienter en présence d'opinions aussi contradictoires.

En ce qui nous concerne, notre seule ambition a été de tenter un classement méthodique des idées émises, afin que la discussion qui va s'ouvrir puisse apporter quelque lumière dans une question aussi complexe.

Voici comment nous entendons diviser le sujet :

Dans un premier chapitre consacré à l'*historique* nous passerons en revue les travaux parus jusqu'à ce jour en donnant une analyse succincte de quelques-uns d'entre eux.

Dans le second, nous étudierons la *symptomatologie* des troubles psychiques post-opératoires en montrant par quelques observations caractéristiques les différentes formes qu'ils peuvent revêtir.

Dans le troisième consacré à l'*étiologie* nous rechercherons plus spécialement si ces troubles se produisent chez n'importe quel sujet ou s'il faut pour les faire éclore un terrain particulier tel que prédisposition, tare nerveuse, influence héréditaire, etc., etc.

Dans le quatrième nous suivrons leur *évolution*.

Dans le cinquième que nous intitulerons : *essai de pathogénie*, nous ferons ressortir les différents facteurs qui peuvent intervenir dans leur production en examinant l'importance qui s'attache à chacun d'eux.

Enfin, dans un dernier chapitre nous tirerons les *conclusions* qui semblent se dégager de l'étude de la question.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Ambroise Paré au xvi[e] siècle semble être le premier qui ait prêté quelque attention aux troubles psychiques post-opératoires et déjà à cette époque il disait « qu'avant l'opération le malade devait être dans un état d'esprit calme, afin d'éviter le délire ou autres mauvais effets. »

En 1804, Schrœtter (1) dans un ouvrage intitulé : *De morbis animi præcipue in combinatione vulnerum* signale qu'à la suite de traumatismes opératoires ou accidentels on observe quelquefois du délire, mais il n'entre dans aucun détail sur sa pathogénie et ses symptômes.

Ce travail passa tellement inaperçu que Dupuytren, en 1819, dans un *Mémoire sur les fractures du péroné*, décrivit comme une chose toute naturelle un *délire nerveux* qu'il appelait ainsi pour bien indiquer qu'il ne s'agissait pas du *delirium tremens*, connu depuis longtemps comme éclatant chez les alcooliques à la suite des opérations chirurgicales, mais d'un délire pouvant survenir chez des blessés d'une sobriété reconnue.

Plus tard (1832), dans ses *Leçons orales de clinique chirurgicale* (2) il en fit le tableau suivant : « Si le soir, le lendemain ou le surlendemain d'une fracture, d'une luxation ou d'une opération quelconque le malade paraît dans un état de gaieté surnaturelle ; s'il parle beaucoup, s'il a l'œil vif et la parole brève, les mouvements brusques et involontaires ; s'il affecte un courage et une résolution désormais inutiles, tenez-vous sur vos gardes ! maintenez alors le malade dans le repos le plus parfait ; éloignez-le de la lumière, du bruit et de toute visite importune. Malgré

(1) Schrœtter : De morbis animi præcipue in combinatione vulnerum, 1804.

(2) Dupuytren : Leçons orales de clinique chirurgicale, 1832.

toutes ces précautions il peut arriver que le mal éclate. Bientôt se manifeste une singulière *confusion d'idées* sur les lieux, les personnes et les choses. Le malade, en proie à l'insomnie, est ordinairement dominé par une idée fixe mais presque toujours en rapport avec sa profession, ses passions, ses goûts, son sexe ; il se livre à une agitation continuelle. Les parties supérieures de son corps sont couvertes d'une sueur abondante, les yeux deviennent brillants, injectés, la face s'anime, se colore et il profère avec une loquacité extraordinaire des paroles menaçantes, des vociférations effrayantes.

Son insensibilité est souvent telle, qu'on a vu des individus atteints de fracture comminutive des extrémités inférieures arracher leur appareil et marcher en s'appuyant sur leur membre brisé sans remarquer la moindre douleur. Quelques-uns, opérés de hernies, introduisaient leurs doigts dans la plaie et s'amusaient froidement à dérouler leur intestin comme s'ils faisaient cette manœuvre sur un cadavre.

Malgré la gravité de ces symptômes, le pouls tranquille et calme n'éprouve d'autre altération que celle que détermine le désordre des mouvements. Il n'y a pas de fièvre. Les fonctions excrémentitielles s'exécutent avec leur régularité accoutumée ; mais l'appétit est nul et au bout de deux, quatre ou cinq jours cette affection se termine par la mort, mais beaucoup plus souvent par la guérison.

Si cette heureuse terminaison doit avoir lieu, le calme revient sans cause apparente et aussi brusquement que le délire a commencé. Un sommeil profond s'empare du malade, puis il se réveille en pleine raison, sans souvenirs du passé : l'appétit renaît et tout rentre dans l'ordre. »

Plus faible à chaque récidive ce délire peut se renouveler jusqu'à deux ou trois fois après un ou plusieurs jours de rémission.

Les individus nerveux, d'un caractère pusillanime, sont les plus exposés à ce délire. Il peut apparaître dans presque toutes les maladies chirurgicales, dans leur période d'inflammation, de suppuration, de cicatrice, etc.

Dupuytren ne pense pas qu'on puisse l'attribuer à la

formation, à l'abondance ou à la suppression de la suppuration, car dans la plupart des cas, toutes ces choses ont lieu avec une régularité parfaite avant, pendant comme après son évolution. Sans se prononcer tout à fait, il croit qu'il s'agit là d'une simple névrose pouvant se manifester chez des sujets très sobres, mais surtout chez les nerveux qui ont dû faire de grands efforts sur eux-mêmes pour se laisser opérer.

Malgré l'autorité du grand chirurgien qui lui avait donné son nom et une thèse de CHAILLOU (1), en 1833, dans laquelle le *délire nerveux traumatique* est étudié à nouveau, un grand nombre de cliniciens se refusèrent à en faire une entité morbide distincte et dans une remarquable discussion qui eut lieu en 1850, à la Société de Médecine de Paris, ROBERT, GRISOLLE (2) et REQUIN soutinrent qu'il était impossible de le différencier du *delirium tremens*, tandis que BELHOMME et CAZEUX trouvaient qu'il y avait une différence sensible dans les symptômes.

Deux aliénistes distingués DELASIAUVE (3) et CALMEIL (4) se rangèrent à cette dernière opinion.

En 1801, GRIESINGER (5) publie l'observation d'une femme hystérique qui tomba dans une mélancolie profonde après une blessure accidentelle de l'œil. En 1863, SICHEL (6) signale des troubles psychiques consécutifs à l'opération de la cataracte chez des vieillards ; LANNE (7),

(1) CHAILLOU : Du délire nerveux, *Thèse*, Paris, 1833.

(2) ROBERT, GRISOLLE, BELHOMME (etc.) : Délire nerveux des blessés comparé à celui des ivrognes. — Discussion à la Société de Médecine de Paris. *Annales méd. psyc.*, 2e série, 1850, p. 701.

(3) DELASIAUVE : Diagnostic différentiel du délirium tremens. *Revue méd.*, 1850.

(4) CALMEIL : Traité des maladies inflammatoires du cerveau, Paris, 1859.

(5) GRIESINGER : Pathologie und thérapie der psychischen Krankheiten. 1861, p. 183.

(6) SICHEL : Espèce particulière de délire sénile qui survient quelquefois après l'opération de la cataracte. *Journ. de méd. ment. de Delasiauve*, t. III, p. 68.

(7) LANNE : Du délire consécutif à l'opération de la cataracte. *Gaz. des Hôp.*, 1863, n° 63.

MAGNE (1) la même année publient des observations semblables.

En 1865, COURTY signale la première observation de folie consécutive à une opération gynécologique ; il s'agit d'un accès de manie aiguë développée à la suite d'une ovariotomie.

En 1868, LÉE (2) publie une observation de manie aiguë consécutive à des tentatives de dilatation du col chez une hystérique. Mais peu à peu on oublie DUPUYTREN et l'on s'habitue, l'alcoolisme prenant une place de plus en plus grande dans la pathologie, à ne voir que des délires alcooliques dans les délires des opérés. C'est du moins l'opinion que soutient BILLROTH (3), en 1868, dans son *Traité de pathologie chirurgicale*, mais il déclarait aussi qu'on peut voir survenir des troubles psychiques constituant une véritable aliénation chez des individus bien portants. « Ces cas, dit-il, se soustraient à toute explication et ne peuvent être comparés qu'à ceux où l'on a observé une véritable manie après d'autres maladies aiguës telle que la pneumonie, le rhumatisme aigu, le typhus, » — et il ajoute : « J'ai vu deux cas semblables dans la clinique chirurgicale de Berlin ; tous les deux opérés de rhinoplastie complète, présentaient une mélancolie avec prédominance d'idées religieuses. Ils étaient catholiques : l'un, jeune homme, se creusait sans cesse le cerveau pour comprendre le mystère de la Trinité ; l'autre, jeune fille, tâchait de se punir par la prière et la mortification, d'avoir cédé à la vanité au point de se refaire un nez, le sien ayant été complètement détruit par un lupus. Chez le jeune homme on remarqua plusieurs fois de violents accès de fureur ; les deux malades se rétablirent au bout de quelques semaines. On m'a raconté que LANGENBECK et DE GRAEF avaient observé des cas de manie, le premier après une autoplastie, le second

(1) MAGNE : *Bulletin de thérapie*, 1863, p. 463.

(2) LÉE : Manie consécutive à des tentatives de dilatation du col utérin chez une femme stérile. *Journ de méd. ment. de Delasiauve*, t. VI, p. 341, 1867.

(3) BILLROTH : Eléments de pathologie chirurgicale générale, 1868.

après une opération à l'œil. Un cas de manie survenant après la résection de l'articulation du genou et se terminant par guérison a été observé par le Dr Heusse, de Hombrechton, près Zurich.

En 1875, le Dr Davidson (1) rapporte une observation de manie consécutive à une amputation de la cuisse.

Un peu plus tard (1877), paraît la thèse de Festal (2) où se trouvent développées les idées que Broca avait émises dans deux cliniques. Festal démontre par l'étude de deux malades l'exacte similitude du délire nerveux et du délire alcoolique. En 1878, paraît un travail très curieux de Schmid Rempler (3) sur une forme particulière de délire post-opératoire survenu après une opération de cataracte. Il s'agit de délires à hallucinations multiples et fugaces, à prédominance visuelle ; ils sont bruyants, rapides et transitoires. Il les attribue à l'influence de l'obscurité, mais il est bon de signaler que ces deux malades étaient des alcooliques.

A. Voisin (4), en 1879, publie deux cas d'ovariotomie suivis de délire et terminés tous deux par la mort.

Herm Lossen et Fuerstner (5), l'année suivante, relatent un cas de manie consécutive à une ablation de l'utérus et, à cette occasion, Fuerstner cite certains faits de folie survenus à la suite d'opérations sur les yeux ayant abouti à la cécité.

En 1881, Bowne (6) cite un cas de folie consécutive à une extraction de dent, tandis que Mairet rappelle, dans le *Montpellier médical*, une observation de Courty dans laquelle une ovariotomie avait été suivie de délire.

(1) Davidson : Aucte mania during the after treatment of amputation. *The lancet*, London, 1875, vol. I, p. 93.

(2) Festal : Etude sur le délire nerveux traumatique, *Thèse*, de Paris, 1877.

(3) Schmid Rempler : *Arch. für pschiatrie*, bd IX, heft 2.

(4) A. Voisin : Deux cas d'ovariotomie suivie de délire, *Ann. méd. psch.*, 1879. 6e série, t. II, p. 41.

(5) H. Lossen et Fuerstner : *Berlin, klin. Woch.* n° 34, 23 août 1880, p. 481.

(6) Bowue : Extraction of teeth followed by insanity. *Dental, advertise Buffalo*, 1881, XII, 73.

Tandis qu'en France BALL et RITTI (1), dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1882) et VERNEUIL (2), dans ses *Mémoires de chirurgie* (1883), portent un dernier coup au *délire nerveux* de DUPUYTREN en déclarant qu'il est inutile de surcharger la pathologie d'une entité morbide n'ayant aucun caractère propre, puisqu'il se confond avec le *delirium tremens*, la littérature médicale étrangère s'enrichit de nouvelles observations de troubles psychiques post-opératoires.

SCHNABEL (1883), publiant la statistique de sa clinique d'Innsbrück, trouve, sur cent quatre-vingt-trois opérations de cataracte, douze cas de troubles mentaux consécutifs, soit 6,5 o/o. Pour ce qui concerne la clinique de JAGER, à Vienne, il ne trouve plus que onze fois du délire sur quinze cents opérés, soit 0,75 o/o. En outre, tous les cas observés ont trait à des individus dont l'âge moyen était de soixante-seize ans. SCHNABEL attribue ce délire à des troubles circulatoires survenant dans des cerveaux atrophiés par la sénilité.

Au mois de mars 1885, le Dr BARWELL (3) communique à la *Pathological Society of London* un cas de folie consécutive à l'ovariotomie. Il s'agit d'une fille de vingt-neuf ans chez laquelle, six jours après une ovariotomie gauche, apparaissent des troubles psychiques qui arrivèrent bientôt à revêtir tous les caractères d'une manie avec agitation considérable. S'informant auprès de ses confrères, il reçut communication de faits du même ordre ; ainsi le Dr TORTON avait vu la folie suivre une fois une ovariotomie et une autre fois une hystérectomie ; KETH et DENT avaient des observations analogues. Dans la même séance plusieurs médecins signalent d'autres faits. Le Dr MÉRÉDITH dit avoir vu deux fois la folie suivre l'ovariotomie ; le Dr EDITH, une fois et le Dr BRISTOVE, avec deux cas observés par lui-même, rappelle que quelque temps auparavant le Dr LAW-

(1) BALL et RITTI : Délire nerveux traumatique. *Dict. encyclop. des scien. méd.*, 1882, t. XXVI, p. 375.

(2) VERNEUIL : Mémoires de chirurgie, 1883, t. III, p. 144.

(3) BARWELL : Pathological Society of London, séance du 17 mars 1885. *In the British med. journ.* 21 mars 1885, p. 597.

son Tait avait lu un travail sur un cas de manie consécutive à l'ablation des ovaires.

A partir de ce moment les faits deviennent de plus en plus nombreux. Landersberg (1), en Allemagne, signale quatre cas de délire consécutifs à des opérations de cataracte chez des vieillards. En 1886, Brun (2) relate dans sa thèse d'agrégation que certains délires sont dus à l'iodoforme.

En 1887, Savage (3), dans un article du *British medical journal*, soutient, en s'appuyant sur cinq cas observés par lui, que l'emploi des anesthésiques est la seule cause du délire post-opératoire. Traube, à propos d'un cas d'hypocondrie ayant succédé à une périnéorraphie, relate dix autres cas de folie consécutive à des opérations chirurgicales.

Le Dr Bataille (4), dans une thèse intitulée *Traumatisme et névropathie*, signale deux cas de folie survenus, l'un après une kélotomie, l'autre après l'ouverture d'un phlegmon de la main et les considère comme des manifestations de l'hystérie.

La même année, J. Ill, de New-York, fait paraître un Mémoire où il fait figurer trois cas personnels et sept autres cas extraits du compte rendu d'une séance de la Société Gynécologique de Berlin. Ces sept cas avaient été signalés par V. Ruge, Duerelius, Martin et Graude, à propos d'une communication faite par ce dernier. La même année, Giroux rapporte un cas de mélancolie grave après une simple périnéorraphie.

En 1888, trois auteurs publient successivement leurs observations personnelles.

C'est d'abord Sheperd (5) qui relate six cas de psychoses consécutives à des opérations diverses parmi lesquelles une ouverture d'une arthrite suppurée du genou et l'abla-

(1) Landesberg : *Centralblatt für Augenheilkunde*, 1885.

(2) Brun : *Thèse d'agrégation*, Paris, 1886.

(3) Savage : *British medical journal*. Décembre 1887.

(4) Bataille : Traumatisme et névropathie. *Thèse*, Paris, 1887.

(5) Sheperd : *The american journal of the medical sciences*, de 1888, p. 591.

tion d'un cancer du sein. Pour cet auteur, le traumatisme joue un rôle beaucoup plus important que les anesthésiques et l'iodoforme.

Enfin, dans la même année, paraît le travail le plus considérable qui ait été publié jusqu'alors. Il est dû au Dr WERTH (1), de Kiel, et a été lu au deuxième Congrès de la Société allemande de gynécologie, tenu à Halle en mai 1888. Il y étudie l'origine des psychoses à la suite d'opérations sur les organes génitaux de la femme. Sur un total de deux cent vingt-huit opérations de gynécologie, WERTH a constaté six cas de psychoses, dont cinq à forme mélancolique et un à forme maniaque. Les manifestations morbides ne se sont pas toutes montrées à la même époque. Deux fois la psychopathie apparut après la guérison complète de l'opération et quatre fois après des époques variant de cinq et huit jours, à deux et trois semaines. Au point de vue des suites, trois cas furent suivis de guérison et d'améliorations sensibles en peu de temps; les trois autres cas furent incurables et l'une des malades se suicida au bout de trois mois. En faisant remarquer que trois des opérées présentaient une tare héréditaire au point de vue psychique, WERTH attribue les psychoses au traumatisme opératoire lui-même ; il élimine l'action possible de l'iodoforme et des anesthésiques ainsi que celle des troubles fonctionnels dus à son intervention (trois de ses malades ayant dépassé la ménopause).

Après la lecture de cet important Mémoire, une discussion intéressante s'éleva aussitôt au sein de l'Assemblée. Le Dr SANGER, de Leipzig, rapporta qu'il avait eu aussi l'occasion d'observer des psychoses à la suite d'opérations gynécologiques.

Pour lui il s'agit toujours de femmes prédisposées, déjà malades et chez lesquelles l'opération n'est que la cause occasionnelle de l'éclosion de troubles psychiques. MARTIN, AHLFELD et FROMMEL parlèrent dans le même sens.

(1) WERTH (de Kiel) Des psychoses apparaissant à la suite d'opérations sur l'appareil génital féminin. *Berlin. Klin. Woch.* 27 août 1888.

Nous arrivons à l'année 1889.

Tillebronn (1), de Hambourg, dans le *Journal américain d'obstétrique*, mentionne trois cas de troubles mentaux à la suite d'opérations de gynécologie. Dans un cas survint une vive mélancolie quatre mois après l'opération, et quand fut publiée l'observation, près de trois ans après, la malade, bien qu'améliorée, avait encore par moments des périodes d'excitation. Dans le second cas, la mélancolie survint trois mois après l'opération, et, un an après, la malade n'était pas rétablie. Dans le cinquième cas éclata une violente manie trois mois après l'opération, manie dont la malade se remit complètement.

Gaillard Thomas (2) présente à l'Académie de médecine de New-York, le 4 avril 1889, un important mémoire ayant pour titre : *Manie aiguë, mélancolie et délire hypocondriaque à la suite d'opérations de gynécologie.*

Il rapporte six cas personnels.

Il est à noter que dans quatre de ces six observations il y avait quelques troubles, même avant l'opération ; et dans deux de ces quatre cas les troubles étaient très nets par moments. De ces six malades, quatre sont mortes et deux autres guérirent.

En terminant, le Dr Gaillard Thomas qui, en dehors de ces six cas, en a recueilli dix-huit autres, pose les questions suivantes :

1° Ces vingt-six cas de folie ont-ils été dus réellement aux opérations qui les ont précédées ou y a-t-il eu simple coïncidence ?

2° Tout grand choc opératoire pouvant être suivi de manie, comment expliquer que dans le grand nombre d'opérations gynécologiques faites dans ce dernier quart de siècle en Amérique et en Allemagne, si peu de cas se soient produits ?

3° Si la manie est la conséquence de l'opération, comment dans l'avenir éviter ces accidents ?

(1) Tillebronn : *Journal américain d'obstétrique*. Janvier 1888

(2) Gaillard Thomas : De la manie aiguë et de la mélancolie consécutives aux opérations gynécologiques. *Med. news*, 13 avril 1888

4° Les opérations de gynécologie prédisposent-elles plus que les autres interventions chirurgicales aux troubles mentaux ?

Ce mémoire a fait l'objet d'une importante discussion pendant laquelle douze cas nouveaux furent relatés par les nombreux aliénistes et chirurgiens qui prirent la parole à ce sujet.

Il résulte de cette discussion que la chirurgie des femmes n'expose pas plus aux accidents mentaux que la chirurgie générale, sauf quelques restrictions.

Pour quelques-uns, certaines fonctions de l'appareil génital sont associées à des troubles mentaux et les modifications de la menstruation par l'oophrectomie peuvent déterminer les accidents mentionnés. Le Dr G Wylie émet cette hypothèse que les opérations gynécologiques sont souvent pratiquées chez des femmes imparfaitement développées et que dans ce cas le développement incomplet de l'utérus s'accompagne d'un développement incomplet du cerveau. Quelques-uns incriminent les substances employées dans les pansements et en particulier l'iodoforme ; d'autres l'anesthésie prolongée par l'éther et par le chloroforme, l'étendue de la surface opératoire, l'inquiétude de la malade provenant de la préparation à l'opération.

Dans un mémoire publié dans les *Archives für gynaekologie,* Glaevecke (1) déclare avoir observé dans un tiers des cas à la suite des opérations gynécologiques la confusion mentale, tantôt légère, tantôt forte, qui peut aboutir quelquefois à de véritables psychoses.

Il pense que la cause des troubles mentaux réside dans les modifications physiologiques et psychiques survenues dans l'organisme humain à la suite de la perte des ovaires d'une part et de la perte de l'utérus d'autre part.

En avril 1889, Dent (2) publie dans *The journal of mental science* un article sur la folie post-opératoire.

(1) Glaevecke : Korperliche und geistige Veranderungen im weiblichen Korper nach kunstlichen Verluste der Ovarien einerseits und des Uterus anderseits. *Arch. für. Gynäk.* Berlin, 1889, XXXV, 1-88.

(2) Dent : De la folie consécutive aux opérations chirurgicales. *The journal of mental science.* Avril 1889.

Les opérations pratiquées sur le système génital de la femme paraissent à cet auteur plus susceptibles de produire des cas de folie. Ce n'est pas tant la perte, dit-il, que la considération de cette perte de la fonction qui donne naissance aux troubles mentaux chez les personnes qui souffrent de désordre dans le système génératif. Bref, il croit que chez une personne même jouissant d'avance de toutes ses facultés intellectuelles la contemplation de sa propre personne l'amènera à une condition subjective qui, jointe au traumatisme qu'elle aura subi, la conduira bien vite à la folie.

C'est alors que nous voyons apparaître successivement les deux remarquables cliniques du professeur Mairet (1), de Montpellier, et la thèse du Dr Denis (2) inspirée par le savant maître. Ces deux auteurs affirment, non sans arguments a l'appui, qu'entre l'opération et la folie il y a réellement un lien étiologique important et manifeste. Parmi les éléments constitutifs d'une opération qui peuvent agir sur le cerveau, les deux plus importants, au point de vue du développement de l'aliénation mentale, sont les anesthésiques et le traumatisme opératoire avec ses suites parmi lesquelles plus particulièrement les troubles de la nutrition.

C'est surtout chez les prédisposés que les opérations donnent naissance à la folie et ce sont les opérations gynécologiques qui y prédisposent le plus.

A citer également la même année une observation de Polaillon (3), dans l'Union Médicale. Elle est reproduite dans les Archives générales de Médecine par Dufournier (4) qui, analysant les travaux de G. Thomas et de Mairet, se livre à une étude critique de la question.

(1) Mairet : Folie post-opératoire. *Bulletin médical*, 1889, nos 68 et 69, pp. 10, 75, 78.

(2) Denis : De l'aliénation mentale consécutive aux opérations chirurgicales. *Thèse*, Montpellier, 1889, pp. 10, 87, 89.

(3) Polaillon : Fibro-myome de l'utérus, hystérectomie, guérison, aliénation consécutive. *Union médicale*, 23 octobre 1889.

(4) Dufournier : Troubles psychiques post-opératoires. *Archives générales de médecine*, décembre 1889.

Enfin en Italie, Rafaelo Gucci (1), dans : *Les opérations chirurgicales comme cause de folie,* nous rapporte quatre cas : une énucléation de l'œil, trois ovariotomies ; on avait noté pour chacun d'eux des prédispositions individuelles très manifestes et c'est à cela qu'il attribue l'éclosion de la folie.

Le Dr S. Pozzi (2), peu de temps après, en parlant des complications de l'ovariotomie, dit que les troubles psychiques consécutifs tiennent le plus souvent à l'hérédité, mais que l'on doit rechercher avec le plus grand soin si l'alcool ou l'iodoforme ne sont pas en cause. Il s'agit de névropathes chez lesquels une circonstance quelconque devait tôt ou tard amener une catastrophe imminente.

A noter aussi la communication du Dr Parinaud (3) à la Société d'Ophtalmologie (1890), où sont relatées trois observations de folie post-opératoire après intervention sur l'œil, dans lesquelles ni l'alcoolisme, ni l'atropine n'avaient joué le moindre rôle et M. Parinaud pense que dans les cas semblables l'occlusion des deux yeux par le pansement pouvait être la raison de l'apparition des accidents.

De même Frankl Hochwart (4) recueille dans la littérature vingt-sept cas de maladies mentales survenues après l'opération de la cataracte. Beaucoup de ces observations sont incomplètes, mais l'auteur pense que l'opération n'a été qu'une occasion et que la principale cause du délire réside dans la crainte qu'ont les malades de la perte complète de la vision.

M. Valude (5), faisant au Congrès d'Ophtalmologie de 1890 une communication sur : *Le délire à la suite des opéra-*

(1) Rafaelo Gucci : Les opérations chirurgicales comme cause de folie. *Riv. spérim. di frénatria,* t. IV, p. 50.

(2) Pozzi : *Gazette médicale* de Paris, 9 août 1890.

(3) Parinaud : Psychoses consécutives à l'opération de la cataracte. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* août 1890, art. 14522.

(4) Hochwart Frankl : Les psychoses, suites d'opérations sur les yeux. *Jahrlb. f. psych.,* IX, 1892.

(5) Valude : *Revue générale d'ophtalmologie,* mai, septembre 1890.

tions sur l'œil, rapporte à ce propos des observations de Gillet de Gradmont, Vignes et Gorecki ; et en admettant dans l'étiologie du délire l'intervention de plusieurs facteurs, comme l'obscurité, l'atropine, la diète ou la prédisposition individuelle, il convient que les malades étaient surtout des irréguliers au point de vue mental.

Calderon (1) dans une étude du même genre incrimine surtout l'alcoolisme.

A partir de ce moment paraît en France, en Allemagne, en Angleterre et particulièrement en Amérique toute une série d'études ayant trait à la question qui nous occupe.

M. le professeur Le Dentu (2), dans deux importantes leçons à l'hôpital Necker, établit une différence clinique très précise entre le *delirium tremens* et le délire *post-opératoire* et à ce dernier il attribue deux formes bien distinctes : l'une est un délire d'excitation qui peut prendre les caractères d'une véritable manie, l'autre un délire dépressif ou lypémaniaque. Il cite à l'appui de cette opinion douze observations personnelles : sept de la forme agitée, cinq de la forme dépressive. Ces douze cas groupés au point de vue de la nature et du siège des opérations se répartissent en six interventions portant sur le squelette : une sur l'appareil digestif, une sur l'appareil urinaire, une sur l'appareil génital de l'homme, trois sur l'appareil génital de la femme.

D'après l'auteur les opérations sur l'appareil génital de la femme détermineraient plus fréquemment que d'autres le délire traumatique.

Ces diverses observations devaient inspirer la thèse de L. Vène (3) où se trouvent consignés soixante-huit cas, dont trente-huit sur l'appareil génital de la femme et trente divers. Dans quelques-uns on peut rattacher le délire soit à une maladie mentale ou nerveuse déterminée, soit à une intoxication par l'alcool, le chloroforme, l'éther,

(1) Calderon : Délire consécutif a l'opération de la cataracte. *Revista clinica de los hospitales,* juin 1890.

(2) Le Dentu : Des délires post-opératoires. *Médecine moderne,* nos 4 et 5. Janvier 1891.

(3) L. Vène : Des délires post-opératoires. *Thèse,* Paris, juin 1891.

la morphine, l'iodoforme, soit à une prédisposition héréditaire, l'opération agissant comme cause occasionnelle, Dans d'autres on ne trouve aucune cause susceptible d'expliquer le délire ; on peut alors supposer soit une prédisposition dont la nature nous reste inconnue, soit une action directe de l'opération agissant comme cause efficiente. Les conditions étiologiques doivent être recherchées parce qu'on peut en retirer des indications utiles pour le traitement.

M. le Dr Segond (1), dans un rapport au Congrès de Bruxelles (1892), sur les complications de l'hystérectomie, déclare que sur quatre-vingt-douze opérées il n'a vu que trois fois survenir des désordres psychiques, et encore chez une malade les troubles mentaux existaient-ils nettement auparavant.

Le 18 novembre 1892, à la Société Médicale des hôpitaux, M. Debove (2) communique l'observation d'une malade sans antécédents morbides qui à la suite d'une ovariotomie devint franchement hystérique. Cette communication est l'occasion d'une discussion pendant laquelle M. Rendu cite le cas d'une malade à qui l'on fit un anus contre nature pour cancer et qui devint complètement maniaque à la suite de cette intervention. Desnos et Mathieu communiquent d'autres cas de folie à la suite de l'ablation de l'utérus ou des annexes. Aussi M. Debove croit-il devoir conclure que les interventions chirurgicales peuvent provoquer des accidents hystériques, d'abord, en tant que traumatismes, ensuite, par l'ébranlement psychique considérable qu'elles occasionnent, mais il pense que l'on abuse un peu trop des opérations et que cet abus a développé chez certaines femmes un état mental particulier. Elles s'imaginent que tous leurs organes sont malades et demandent qu'on les leur enlève. Si l'on cède, cet état ne fait que s'aggraver encore.

En 1893, dans la discussion qui eut lieu à la Société de

(1) Segond : Des folies consécutives aux opérations gynécologiques. *Annales de psychiatrie et d'hypnologie*, n° 11, 1893.

(2) Debove : Hystérie après ovariotomie. *Bulletin médical*, 1892. p. 1426.

Chirurgie à propos des prolapsus utérins, plusieurs chirurgiens de Paris rapportent des cas d'aliénation consécutifs à des interventions sur l'utérus et ses annexes.

L'important mémoire de FERRARINI (1), *Contribution à l'étude des psychoses post-opératoires*, est un travail fort intéressant où l'auteur émet nombre d'idées originales sur le sujet et donne à l'appui plusieurs cas cliniques personnels.

Il y a lieu de citer encore les travaux de ROHÉ, de Baltimore (2), sur les relations qui existent entre les troubles psychiques et les affections gynécologiques; de BALDY (3), sur les psychoses conséentives aux opérations gynécologiques; de GRAY (4), de New-York, sur les connexions étiologiques qu'il y a entre les maladies du système génital mâle ou femelle, et l'aliénation mentale; de EDER (5); sur l'ovariotomie comme cause de certains troubles nerveux. Ces mémoires rapportent tous, avec force détails, des opérations gynécologiques ayant été suivies bientôt de troubles psychiques plus ou moins graves.

En Allemagne, paraît en 1892, le *Traité de Pathologie et Thérapeutique des affections psychiques* du Dr LEWINSTEIN (6) et presque en même temps un travail du Dr OSTERMAYER (7) sur les *Psychoses consécutives aux opérations gynécologiques*.

Les auteurs étudient l'origine traumatique du délire et

(1) FERRARINI : Contribution à l'étude des psychoses post-opératoires *Nuova revista di psychiatria*, nos 11 à 14, 1890, et no 1, 1893.

(2) ROHÉ, de Baltimore : Relations of pelvic diseases and insanity in Women. *Medical and surgical Reporter*. Philadelphia, 15 juillet 1883. — Relations of pelvic diseases and psychical disturbance in Women. *Journal of the american medical Association*. Chicago, septembre 1892.

(3) BALDY : Frequency of insanity following gynecological operation. *Medical age. Détroit*, 10 août 1892.

(4) GRAY : Etiological connections of genital diseases in male and female with mental affection. *Transactions of the medical society of the state of New-York*, 1893.

(5) EDER : Ovariotomy for nervous diseases. *Boston medical and surgical journal*, no 5, p. 105, 1893.

(6) LEWINSTEIN : Pathologie and therapie der psychischen Kranken. Schlegel, 1892.

(7) OSTERMAYER : Durch gynaekologische Behandlung Geheilte Psychose. *Centralblatt für Nervenheilkunde and Psychitria*, juin 1892.

cherchent à établir les liens qui peuvent exister entre le choc opératoire et la perturbation mentale qui suit.

Il faut accorder une mention toute spéciale à l'étude si intéressante que M. le Dr Régis (1), chargé de cours à la Faculté de Bordeaux, a faite sur un cas de folie consécutive à une ovaro-salpingectomie et sur son traitement systématique par les injections sous-cutanées de suc ovarien d'animal.

Ce travail, communiqué d'abord en juin 1893 à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, a été repris par l'auteur au Congrès de la Rochelle et à celui de Chicago. M. Régis (2) pense que dans beaucoup de cas les folies post-opératoires relèvent d'une intoxication interne déterminée isolément ou simultanément par le traumatisme chirurgical et la suppression brusque d'organes importants de l'économie.

C'est ainsi du reste et par une véritable auto-intoxication qu'on s'explique les perturbations mentales et autres qui surviennent si souvent à la suite de la thyroïdectomie et les nombreux cas que l'on connaît de l'amélioration de ces accidents par la médication thyroïdienne.

Buttler Smythe (3) rapporte au même moment un cas de manie aiguë survenu à la suite d'une rupture du rectum, treize jours après une ovariotomie et finalement suivi de guérison.

Après avoir examiné les causes possibles de ce brusque accès de folie : prédisposition, anesthésiques, état de l'urine, absorption de l'iodoforme, il conclut qu'il s'agit d'une auto-intoxication réalisée par l'absorption de matières fécales et de gaz à la suite de la rupture de l'intestin.

(1) Régis : Cas de folie consécutif à une ovaro-salpingectomie, *Congrès international de Chicago 1892 et Société de Médecine de Bordeaux*, 2 juin 1893.

(2) Régis et Chevalier Lavaure : Des auto-intoxications dans les maladies mentales. *Rapport au Congrès des médecins aliénistes*, session de La Rochelle, 1893.

(3) Buttler Smythe : *The journal of mental science*, 1893 july.

A citer encore la thèse du Dr Penon (1) inspirée par le Dr Régis, dans laquelle l'auteur soutient qu'en dehors de la prédisposition et de l'hérédité, l'infection ou l'auto-intoxication joue le principal rôle dans la pathogénie du délire post-opératoire.

Le Dr Pieraccini (2), directeur de l'asile de Macerata (Italie), publie, en novembre et décembre 1893, deux cas de folie post-opératoire consécutifs, le premier à une opération de Wolkmann, le second à une cataracte. Le premier malade était un alcoolique, le second un héréditaire dégénéré.

En 1894, le Dr Jacobs (3), de Bruxelles, rapporte une série de cas de troubles psychiques consécutifs à des opérations gynécologiques ; il distingue deux formes de folie : l'une se développant immédiatement après l'intervention et pour laquelle on peut invoquer le choc opératoire, une intoxication par les antiseptiques ou le chloroforme, en général passagère et guérissable ; l'autre qui survient plusieurs semaines ou quelques mois après ; cette dernière serait incurable et rapidement mortelle.

A Bruxelles aussi, Van Hassel (4) publie deux faits du même genre ; il donne comme cause de la folie le choc moral qui précède ou accompagne l'opération ; suivant l'impressionnabilité du sujet, il en résulte des phénomènes d'excitation ou de dépression : dans ces conditions la folie se développe.

A noter, trois observations de Martin (5) dans le Journal d'oculistique de Bordeaux. Le délire est survenu dans deux cas à la suite d'une opération de cataracte et dans l'autre après une énucléation de l'œil.

(1) Penon : Contribution à l'étude du délire post-opératoire. Du rôle de l'auto-intoxication. *Thèse*, Bordeaux, 1893.

(2) Pierraccini : Piazza post-opératoire. *Gazetta del monicomio di Macerata*, 1893.

(3) Jacobs : Folie post-opératoire. *Presse médicale belge*, 1894.

(4) Van Hassel : Folie post-opératoire. *Journal des praticiens*, n° 30, octobre 1894.

(5) Martin : Délire consécutif à l'opération de la cataracte. *Journal d'oculistique* de Bordeaux, avril 1894, nos 2, 4, 5.

En 1895, M. Musin (1) présente à la Faculté de Lille, une excellente thèse sur la folie consécutive aux traumatismes opératoires sur le système génital de la femme. Il conclut que le traumatisme n'agit que comme cause déterminante, la cause réelle étant la prédisposition héréditaire ou personnelle.

Dans la psychose post-opératoire, on rencontre toutes les formes vésaniques de la folie. Ce sont les opérations sur les organes génitaux et surtout sur l'ovaire qui amènent le plus fréquemment des troubles psychiques.

La même année, Kromer (2) donne, dans le *Zeitschrift für Psychiatrie*, presque toute la bibliographie sur le sujet. Il a en vue surtout l'intervention opératoire gynécologique dans les névroses et les psychoses, et il cherche à noter les modifications successives de l'état mental du patient avant et après l'opération.

Rodolphe Lœwy (3) fait un travail d'ensemble sur le délire qui survient chez les opérés de cataracte et l'attribue au traitement des malades dans l'obscurité, tandis qu'en réalité, ses malades sont des vieillards dont les facultés étaient plus ou moins atteintes avant l'opération.

Macpherson Lawric (4), 1896, publie également dans le *British medical journal* deux cas d'hystérectomie suivis de folie.

John Wilson (5) dans un travail intitulé : *Troubles mentaux consécutifs à des opérations gynécologiques* admet que le plus souvent il s'agit de sujets prédisposés et qu'alors la crainte de l'opération, le traumatisme chirurgical et ses

(1) Musin : De la folie consécutive aux traumatismes opératoires sur le système génital de la femme. *Thèse*, Lille, 1895.

(2) Krômer : De la castration. *Allgem. Zeitsch. für. Psych.* 1895, bd XXV, heft I.

(3) R. Lœwy : Troubles mentaux après l'ablation de la cataracte. *Allg. Zeit. für Psych* , bd LII, heft 1.

(4) Macpherson Lawric : Deux cas d'hystérectomie suivis de folie. *British medical journal*, 19 janvier 1896.

(5) John Wilson : Complications mentales consécutives aux opérations. *Med. News.*, 9 janvier 1897.

suites, jouent simplement le rôle de cause déterminante.

A signaler aussi la thèse de SEELIGMANN (1). D'après l'auteur, il y a réellement relation de cause à effet entre le traumatisme opératoire gynécologique et la folie consécutive. Toutes les vésanies ont été observées, mais surtout la mélancolie et la manie aiguë. M. SEELIGMANN convient cependant que, le plus souvent, le rôle principal revient à la prédisposition héréditaire et acquise.

Du reste, les travaux deviennent de plus en plus nombreux, l'attention générale étant attirée de ce côté.

De nouvelles observations sont publiées dans les thèses de CANU (2) et de PRAUD (3). La première de ces thèses, qui a fait grand bruit, est rédigée avec un certain parti-pris contre les gynécologistes. Aussi, a-t-elle soulevé de légitimes colères ; mais ces deux travaux mettent assez bien en lumière que la plupart des femmes qui ont présenté des troubles mentaux après l'opération étaient des détraquées.

CHRISTIAN SIMPSON (4), en 1897, réunit vingt-six cas de folie post-opératoire, exclusion faite des opérations portant sur le crâne et des cas où l'on pouvait invoquer d'autres causes à la folie que l'opération même. Ces vingt-six cas se classent ainsi : dix-sept cas de manie aiguë (neuf hommes et huit femmes), quatre cas de mélancolie, un cas de paralysie générale à forme dépressive, quatre cas de démence.

LUZZATI (5) publie une observation de délire transitoire à la suite d'une opération endo-nasale, ablation à l'anse froide du cornet moyen sans anesthésie. Bien que son ma-

(1) SEELIGMANN : Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs aux opérations gynécologiques. *Thèse*, Nancy, 1896.

(2) CANU : Résultats thérapeutiques de la castration chez la femme. Conséquences sociales de cette opération. *Thèse*, Paris 1896.

(3) PRAUD : Troubles névropathiques consécutifs à l'ablation de l'utérus et de ses annexes. *Thèse*, Paris, 1896.

(4) CHRISTIAN SIMPSON : De la folie post-opératoire. *The journal of ment. sciences*, janvier 1897.

(5) LUZZATI : Forme légère d'excitation psychique à la suite d'une opération endo-nasale. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez*, t. XXIII, n° 2, février 1897.

lade fût un peu hystérique, l'opérateur crut devoir attribuer son excitation psychique à une action reflexe provoquée par l'irritation de la pituitaire.

Les Drs ANGELUCCI et PIERACCINI (1), médecins de l'Asile de Macerata, publient un remarquable Mémoire sur l'opportunité et l'efficacité de la cure chirurgico-gynécologique dans l'hystérie et l'aliénation mentale. Bien que le sujet s'écarte très notablement de celui que nous avons à traiter, ce travail est fort intéressant à consulter en ce sens qu'il renferme des observations très curieuses recueillies en Europe et en Amérique, et parce qu'il fait parfaitement ressortir combien il faut se montrer sobre d'opérations gynécologiques chez les hystériques, à moins de graves lésions de l'utérus et des annexes.

Le Dr MARLIER (2) présente à la Faculté de Paris une thèse sur la folie post-opératoire. Il admet qu'une opération chirurgicale, avec tous ses éléments divers : état psychique antérieur, opération proprement dite avec ses suites, soit locales, soit générales, anesthésiques, pansements, peut déterminer la folie, mais que les troubles psychiques apparaissent surtout chez les prédisposés par l'hérédité ou par toute autre cause (alcoolisme, auto-intoxication). L'opération agit seulement comme cause occasionnelle.

La manie et la mélancolie seraient observées le plus fréquemment.

Au dernier Congrès de Chirurgie, en octobre 1897, M. le Dr RÉMY (3), professeur agrégé de la Faculté de Paris, a fait une communication sur *Les effets du traumatisme chez le vieillard et en particulier du choc prolongé à forme nerveuse.* Il attribue les troubles mentaux qui se produisent à la sénilité, aux altérations du système nerveux central

(1) ANGELUCCI et PIERRACCINI : Opportunité et efficacité du traitement gynécologique dans les névroses hystériques et l'aliénation. *Revista di frenatria*, XXIII, 1897.

(2) MARLIER : La folie post-opératoire. *Thèse*, Paris, 1897.

(3) RÉMY : Effets du traumatisme chez le vieillard et en particulier du choc prolongé à forme nerveuse. *Congrès français de chirurgie*, octobre 1897.

par suite des progrès de l'âge, à la dégénérescence artério-scléreuse des vaisseaux encéphaliques.

M. le professeur JOFFROY (1), en présentant trois malades entrées dans son service à la suite d'opérations chirurgicales, fait très nettement ressortir que la cause de la folie post-opératoire réside en dehors de l'intervention. Le rôle prépondérant doit être attribué à une action psychique, à une activité pathologique de l'esprit, à une suggestion, à une auto-suggestion ou une inhibition, c'est-à-dire à un processus que l'on n'a chance de voir se produire que chez des prédisposés, des hystériques, des dégénérés ou des intoxiqués.

C'est aussi la conclusion à laquelle arrive M. le D[r] TRUELLE (2) dans sa thèse de doctorat où il s'inspire des idées de M. le professeur JOFFROY et de M. MAGNAN. L'auteur a intitulé son travail : *Etude critique sur les psychoses dites post-opératoires*, afin de mieux faire ressortir que la véritable cause du délire réside dans les prédispositions héréditaires ou acquises. Son travail, fort bien documenté, est d'une lecture particulièrement intéressante.

Tout dernièrement, enfin, une discussion qui fera époque s'est ouverte à la Société de Chirurgie sur les psychoses post-opératoires. Elle est due à l'initiative de M. le D[r] PICQUÉ (3), chirurgien des Hôpitaux de Paris et des Asiles de la Seine, qui s'est adjoint, en la circonstance, M. le D[r] MARCEL BRIAND, médecin en chef de l'Asile de Villejuif. Une pareille collaboration ne pouvait qu'être féconde en résultats. C'est qu'en effet, pour trancher cette question, il faut d'abord l'envisager avec un grand esprit d'indépendance, avoir la pratique étendue d'un chirurgien d'hôpital qui ne reste pas confiné dans telle ou telle branche de la thérapeutique chirurgicale ; enfin, et surtout, se trouver dans une situation qui permette de suivre les

(1) JOFFROY : Troubles psychiques post-opératoires *Presse médicale*, n° 23, 19 mars 1898.

(2) TRUELLE : Etude critique sur les psychoses dites post-opératoires. *Thèse*, Paris, 1898.

(3) PICQUÉ et BRIAND : Sur le délire psychique post-opératoire. *Communication à la Société de chirurgie*, Paris, mars 1898.

malades pendant de longues années. Or, nos deux confrères sont particulièrement bien placés pour cela. Ils démontrent, en s'appuyant sur des observations très concluantes, que si on ne peut contester d'une façon absolue l'existence du délire post-opératoire, on peut affirmer qu'il est exceptionnel et, qu'en tout cas, il ne présente pas cette fréquence si complaisamment annoncée par beaucoup d'auteurs sur des observations le plus souvent incomplètes.

En dehors des délires toxiques (iodoforme, septicémie), les auteurs constatent que les troubles psychiques post-opératoires s'observent principalement chez les vieillards, les hystériques, les héréditaires ou les prédisposés, que la nature de l'opération a peu d'importance et que les interventions gynécologiques n'ont pas d'influence spéciale sur la production de la psychose.

Enfin, et c'est en cela que leur travail se montre plus particulièrement intéressant, ils attirent l'attention sur des aliénés présentant des obsessions variables qui les poussent à demander à la chirurgie des opérations qu'ils croient utiles ou qu'ils recherchent par simple fantaisie. Ces déséquilibrés arrivent ainsi à exercer sur le chirurgien une suggestion véritable par le récit de troubles imaginaires ou exagérés.

C'est surtout dans cette catégorie de malades qu'il faut chercher les prétendus cas de folie post opératoire. Si, trompés par leurs récits et les symptômes qu'ils accusent, le chirurgien cède à leur désir, l'opération devient un aliment nouveau à leur délire ; ils y concentrent toutes leurs pensées, la moindre sensibilité de cicatrice devient pour eux l'occasion de délires graves qui les amènent à l'asile. L'opération n'a constitué qu'un épisode de leur histoire pathologique.

La lecture de ce remarquable Mémoire a été suivie d'une discussion fort intéressante à laquelle ont pris part plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris.

M. le Dr Broca a observé deux cas de délire par intoxication iodoformique, survenus après un tamponnement à la gaze iodoformée de vastes cavités suppurantes. Ces accidents ont cessé après la suppression de l'antiseptique.

M. Walther (1), insistant sur une observation relatée par M. Picqué, fait ressortir qu'il s'agissait là encore de troubles psychiques pré-opératoires.

M. le Dr Richelot (1) déclare qu'un examen attentif des cas de folie qu'il a observés après les opérations, permet d'affirmer : 1° qu'il s'agit de femmes prédisposées ou déjà folles; 2° que les troubles mentaux n'ont pas de rapport avec la nature de l'acte chirurgical et que c'est une erreur d'incriminer la castration ovarienne plutôt qu'une opération quelconque.

MM. Reynier, Monod, Segond (2) parlent dans le même sens avec observations à l'appui ; ce dernier conclut que si l'on doit proclamer qu'il y a danger à enlever des ovaires sains, par contre on doit affirmer que les opérations ne peuvent nuire aux femmes atteintes de lésions ovariennes.

M. Lucas-Championnière (3) pense que certains cas de folie sont si intimement liés avec des phénomènes menstruels, que l'on doit recommander, non pas d'enlever systématiquement des ovaires sains pour agir sur la folie, mais des organes malades dont l'état morbide peut, chez les prédisposées, faire naître et entretenir la folie.

M. Routier (4) estime que quand les indications opératoires sont bien posées, le chirurgien doit opérer sans avoir à compter avec les psychoses post-opératoires qu'il ne peut ni prévoir, ni empêcher.

M. Hartmann (4) n'a vu que deux cas de délire post-opératoire grave, dont un seul apres castration abdominale sur deux cent vingt ablations bilatérales d'annexes, encore s'agissait-il d'une malade très excitée avant l'opération et ayant éprouvé des douleurs extrêmement violentes.

La nature de l'opération n'a, d'après lui, aucune influence sur la production de la psychose. Ce sont des ablations d'organes quasi-sains faits chez des névropathes

(1) Walthier, Richelot : Discussion sur les psychoses post-opératoires. *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. XXIV, n° 11, mars 1898.

(2) Reynier, Monod, Segond : *Id.*, *id.*, n° 12, avril 1898.

(3) Lucas-Championnière : *Id.*, *id.*, n° 13, avril 1898.

(4) Routier, Hartmann, Potherat : *Id.*, *id.*, n° 11, mars 1898.

génitaux qui ont été le plus souvent suivies de psychoses. En dehors de la prédisposition, il admet que les grandes impressions morales, les infections et les toxémies favorisent l'éclosion des troubles psychiques post-opératoires.

M. POTHERAT (1), en produisant plusieurs observations, s'attache à démontrer que des affections chirurgicales d'ordre et d'organes bien différents peuvent donner naissance aux troubles psychiques les plus graves, mais que jamais l'opération ne peut être rendue directement responsable de leur production et qu'elle peut bien au contraire, dans quelques cas, influencer favorablement une psychose existante.

Sur dix-huit cents opérations de toute nature sur des sujets de tout âge, M. BARETTE (2) ne relève que trois cas. Si l'une de ces malades était manifestement hystérique avant l'opération, il n'existait pas chez les deux autres, ni chez leurs ascendants ou collatéraux, la moindre tare mentale ou nerveuse.

Toutes ces communications tendent à établir que les psychoses post-opératoires surviennent chez les sujets prédisposés. M. TUFFIER (2) le pense aussi, mais il dit que le traitement opératoire, l'anesthésie, l'hémorragie, l'action sur l'organe, le tout joint à *l'état moral* déterminé par la crainte de l'opération, doivent entrer en ligne de compte chacun pour leur part dans les accidents.

Cette opinion est aussi partagée par M. BOUILLY (2) qui présente plusieurs observations dans lesquelles il fait ressortir que chez certaines malades il existe une véritable phobie opératoire. Cette crainte exagérée de l'opération, poussée chez quelques-unes à un véritable degré de terreur, constitue un vrai danger, car ces malades présentent une faible résistance. La moindre complication post-opératoire peut les emporter. M. BOUILLY considère cette phobie comme une véritable contre-indication, s'il ne s'agit pas d'une opération d'urgence. Il pense aussi qu'une tare

(1) ROUTIER, HARTMANN, POTHERAT : Discussion sur les psychoses post-opératoires. *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. XXIV, n° 11, mars 1898.

(2) BARETTE, TUFFIER, BOUILLY : *Id.*, *id.*, n° 15, mai 1898.

cérébrale, bien et dûment constatée, doit arrêter la main, si l'intervention ne s'impose pas comme l'unique moyen de sauver la vie.

Au début de cette année, M. le Dr Marx (1) a publié quatre observations de folie post-opératoire, en les faisant suivre de quelques réflexions. Il déduit :

1° Qu'il existe bien une folie-opératoire ;

2° Que le chloroforme prédispose à cette complication ;

3° Que l'état de crainte, de débilité, d'anémie, d'infection, d'intoxication même, dans lesquels se trouvent certaines malades, sont des adjuvants puissants à ces bouleversements de l'intelligence. Il ressort de la lecture de ces observations que deux de ces malades présentaient des troubles mentaux avant l'intervention.

Enfin, Mme Margoliès Kaménetzky (2) vient de soutenir, le 26 mai 1898, devant la Faculté de Médecine de Paris, une thèse sur la *Pathogénie des troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme.*

D'après cet auteur, il y a de vraies psychoses post-opératoires qu'on ne peut mettre sur le compte de la dégénérescence mentale. Ces psychoses s'observent surtout à la suite des grandes opérations gynécologiques. L'intervention chirurgicale agit surtout par voie d'infection ou d'auto-intoxication pouvant tenir à différents processus, à une infection microbienne surtout, mais aussi parfois à une inhibition reflexe d'une fonction éliminatrice, ou à l'abolition d'une sécrétion interne.

(1) Marx : Sur quatre cas de folie post-opératoire. *Revue médicale*, 1er juin 1898.

(2) Mme Margoliès Kaménetzky : Troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme (étude pathogénique). *Thèse*, Paris, 1898.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Si l'on parcourt les nombreuses observations destinées à mettre en relief les troubles psychiques post-opératoires, on est frappé tout d'abord par un fait, c'est que les manifestations mentales morbides consécutives aux interventions chirurgicales ne présentent pas toujours et partout le même aspect. Il est impossible de dégager un type à part, nettement reconnaissable, dont les caractères seraient toujours identiques avec une évolution constante. Pour créer une entité morbide, il faudrait que les faits groupés présentassent une symptomatologie identique ou tout au moins fort voisine.

Or, on trouve signalés presque tous les éclats pathologiques du cerveau, manie avec tous ses degrés, mélancolie sous toutes ses formes, depuis la simple dépression jusqu'à la mélancolie anxieuse, avec refus d'aliments et suicide, confusion mentale, délire hallucinatoire, délire aigu, délire de persécution, démence, paralysie générale ; puis neurasthénie, états neurasthéniformes, hypocondrie, sans oublier l'hystérie, l'épilepsie, l'hystéro-neurasthénie, voire même la morphinomanie.

Ainsi, comme le dit si justement M. le Dr Truelle, dans sa thèse de doctorat, la folie post-opératoire est le Protée qui peut revêtir toutes les formes.

Voici du reste quelques exemples destinés à faire ressortir ces diverses modalités.

Nous prenons les deux premiers dans la thèse de Seeligmann. Il s'agit d'abord d'une femme de trente-six ans, sans antécédents héréditaires, mais sujette à des crises d'hystérie, atteinte de prolapsus du vagin compliqué de cystocèle, rectocèle et déchirure du col.

On pratique l'amputation du col, la colporraphie antérieure et la colpopérinéorraphie.

L'anesthésie chloroformique n'offre rien de particulier. Après l'opération, le réveil se fait sans accidents ; la malade ne se plaint de rien et est heureuse d'être opérée.

Le quatrième jour, changement complet et brusque. Sans qu'il se manifeste de fièvre, sans qu'il y ait aucun accident local, la malade est prise d'une agitation très vioviolente et d'un délire intense. Elle s'agite avec fureur, regarde de tous côtés d'un air égaré, fait des gestes désordonnés, paraît avoir des hallucinations visuelles effrayantes, cherche à repousser des fantômes qui la poursuivent. Dans la sphère des idées, trouble complet ; la malade ne se rend pas compte de sa situation, profère des mots sans suite, pousse des exclamations, ne reconnaît pas ceux qui l'entourent. En somme, elle présente le tableau habituel de la manie aiguë. Le tout évolue sans élévation de température ; on ne constate pas d'albumine dans les urines, ni troubles du côté de la vessie.

Enfin au bout de douze jours, sans que l'agitation ait cessé un seul instant, la malade succombe sans qu'il y ait eu un accident local susceptible d'expliquer la mort.

La seconde malade, âgée de trente-cinq ans, sans antécédents héréditaires ou personnels, atteinte également d'un prolapsus utérin avec rectocèle et cystocèle, subit la même opération que la précédente. Anesthésie normale, réveil calme, aucun accident immédiat.

Mais au bout de deux mois, elle est prise d'un accès de mélancolie profonde et tombe dans un complet découragement. Elle se met à parler à voix basse, répond avec lenteur et difficulté aux questions qu'on lui adresse.

Elle est incapable d'agir et de vouloir. Elle manifeste des idées de culpabilité, s'accuse de crimes imaginaires, devient rapidement hypocondriaque et se plaint de douleurs généralisées. Elle dit qu'elle va mourir et, de l'idée elle passe à l'exécution, car, un matin, sous l'empire de ses idées délirantes, elle se jette dans le canal et se noie.

Dans son *Travail sur les folies consécutives aux opérations*, Dent (1) relate l'histoire d'une femme de quarante-huit ans qui subit l'ovariotomie pour un kiste de l'ovaire En dehors de cette affection, elle a toujours joui d'une excellente santé, sans avoir manifesté la moindre exaltation. La famille ne présente aucune tare nerveuse ou mentale.

La patiente est endormie à l'éther. Aucune difficulté opératoire. Le réveil est excellent, elle se montre enchantée de l'opération, dort et s'alimente d'une façon normale.

Le sixième jour, tandis que les suites opératoires sont toujours très bonnes, l'état mental s'altère tout à coup. La malade reconnaît encore son mari et ceux qui la soignent immédiatement, mais elle commence à avoir des hallucinations de toute nature. Elle est très agitée dans son lit ; elle se trouve dans un état aigu d'agitation maniaque. Le huitième jour, elle ne reconnaît plus personne, injurie ceux qui se trouvent autour d'elle et se montre très violente. Le Dr Savages, appelé en consultation, déclare qu'il y a là un cas de délire aigu.

La plaie est pansée le huitième jour pour la première fois ; il existe une légère suppuration artificielle dans la plaie à l'endroit où en se débattant elle a déchiré les bords avec ses mains. Partout ailleurs, la plaie est normale. Pendant les vingt-quatre heures suivantes, l'excitation continue sans diminuer d'intensité, son état physique devient de plus en plus faible ; on a les plus grandes difficultés à lui faire prendre quelque nourriture. Elle meurt le onzième jour.

On ne s'était pas servi d'iodoforme pour le pansement A l'autopsie, on ne trouve pas de péritonite et aucun accident dans l'abdomen digne d'être signalé.

Nous avons l'occasion d'observer en ce moment une femme de soixante-deux ans, qui a subi en juin 1897, une amputation du sein droit pour cancer avec extirpation de

(1) Dent : De la folie consécutive aux opérations chirurgicales. *The journal of mental science*, avril 1889.

ganglions axillaires. Anesthésie chloroformique — suites régulières. — Réunion par première intention de la plaie chirurgicale. Elle va très bien pendant les quinze premiers jours qui suivent l'opération, puis, elle commence à perdre le sommeil ; son appétit diminue et elle devient inquiète ; on attribue ce changement à l'ennui que lui cause l'éloignement de sa famille. Mais, bien qu'elle rentre chez elle, sa tristesse augmente, elle s'imagine qu'elle est perdue et manifeste des idées de suicide. De plus, ces idées mélancoliques sont en partie liées à des phénomènes d'une autre nature, à des obsessions et surtout à des impulsions à prononcer certains mots, certaines phrases qu'elle répète ensuite pendant des heures entières. Ces mots arrivent tout à coup à sa pensée et, presque aussitôt, elle les émet sans pouvoir s'empêcher de le faire. D'autres fois, elle ne les prononce que mentalement. Elle se sent soulagée pour peu qu'elle les articule. Si elle cherche à se retenir, elle éprouve une angoisse indescriptible ; elle ne peut rester à la même place. Plus elle essaie de résister, plus elle souffre ; elle se sent serrée à l'estomac, fond en larmes et ne retrouve le calme que lorsqu'elle a répété plusieurs fois le mot où la date qui lui sont venus à l'esprit.

La nuit, son sommeil est agité ; elle ne peut s'empêcher de se lever pour retrouver un objet insignifiant, dont la recherche s'est imposée à sa pensée et n'éprouve de soulagement que lorsqu'elle l'a contemplé et remis en place. Cet état la désespère ; elle dit qu'elle devient folle et qu'elle aimerait mieux être morte que de passer par de pareils tourments.

Actuellement, ces troubles ne sont pas disparus. Les antécédents héréditaires de notre malade présentent de nombreuses tares. Son père était tout à fait nerveux, bizarre d'humeur, légèrement alcoolique. Deux grands oncles du côté paternel se sont suicidés. Pas de renseignements précis du côté maternel. Une de ses sœurs, querelleuse, médisante, s'est suicidée à cinquante ans. Une sœur et deux frères sont considérés comme très nerveux.

Ce sont ce qu'on est convenu d'appeler des gens à manies. Quant à la malade elle-même, elle est très émotive.

Il y a quelques mois, à la suite de chagrins de famille, elle a déjà présenté quelques légers troubles cérébraux et notamment un peu de dépression mélancolique.

M. Vène publie dans sa thèse l'observation d'un homme de soixante et un ans opéré d'une cure radicale de hernie qui, peu de temps après l'opération, a présenté de l'affaiblissement de la mémoire et des facultés intellectuelles en général, quelque peu d'hésitation de la parole et des idées mégalomaniaques de caractère niais.

Cet homme avait déjà été interné deux fois pour manie.

L'auteur semble indiquer le diagnostic de paralysie générale, mais une réserve s'impose au sujet de l'âge avancé du malade. Quoi qu'il en soit, c'était un prédisposé puisqu'il avait déjà subi deux internements.

Le cas relaté par M. Prengrueber (1) mérite aussi d'être reproduit.

Il s'agit d'une ovariotomie pour un volumineux kyste de l'ovaire. Il est bon de noter que la malade avait toujours été d'un caractère bizarre, emportée, pleurant facilement sans cause sérieuse, et avait assez fréquemment des crises d'hystérie. L'opération un peu laborieuse dure une heure et demie. Le chloroforme est très bien supporté pendant tout ce temps. Dans l'après-midi, la malade complètement revenue à elle, devient exigeante ; elle veut se lever et de fait se lève dans son lit et se met à genoux. On la fait recoucher, mais alors, elle s'agite dans tous les sens, change à chaque instant de position, refusant d'écouter les conseils qu'on lui donne et se débat avec d'autant plus de vivacité que l'on fait d'efforts pour l'immobiliser dans son lit. Nuit très agitée. Le lendemain, elle est un peu abattue et affirme que son agitation ne reconnaît d'autre cause qu'une démangeaison épouvantable de tout son corps à laquelle elle est en proie. De fait, en la découvrant, on la trouve atteinte d'une éruption sudorale.

Dans le courant de la journée, elle est prise d'une grande attaque d'hystérie (son corps se plie en arc de

(1) Prengrueber : Une ovariotomie chez une hystérique. *Bulletin médical*, 1887, p. 787.

cercle), son agitation nécessite plusieurs personnes pour l'empêcher de tomber de son lit.

Cette attaque est suivie de plusieurs petites, et la malade revenue à elle profite d'un moment où la surveillance dont elle est l'objet est relâchée pour se lever, sortir de sa chambre, se promener dans le couloir, parcourir une distance de dix mètres avant qu'on ait pu la reconduire dans son lit. La nuit suivante elle se lève à nouveau et va s'asseoir dans un fauteuil.

Le lendemain, elle se lève une troisième fois, se livre à une véritable scène de pugilat avec l'infirmière qui veut la retenir, sort de sa chambre et va retrouver la surveillante dans la cuisine, à plus de 25 mètres de son lit, en s'écriant : « coucou, me voilà !... »

Le lendemain, nouvelle grande attaque avec clonisme. La malade se lève encore et fait mille excentricités. Enfin, elle se calme peu à peu et, sauf une nouvelle attaque d'hystérie trois jours après, il ne se produit plus aucun accident jusqu'au moment de la convalescence.

Voici enfin un résumé de la très curieuse observation communiquée par M. le Dr Régis à la Société de Médecine de Bordeaux, en 1893, à propos d'un cas de confusion mentale consécutif à une ovarosalpingectomie.

Une femme de trente-cinq ans, d'une intelligence moyenne, mais d'un grand bon sens, peu développée physiquement, compte dans une collatéralité assez éloignée deux cas précédents d'aliénation mentale. Son père lui-même serait mort de chagrin à soixante-huit ans à la suite de la perte accidentelle d'un de ses fils. Enfin, une de ses sœurs serait morte à trente-huit ans d'une affection cancéreuse de la matrice. En ce qui la concerne, elle n'a jamais eu de grande maladie et ne présente aucune trace d'alcoolisme ou de syphilis. Mariée à vingt ans, elle fait d'abord trois fausse couches et a ensuite deux enfants actuellement vivants et bien portants. A vingt-six ans, nouvelle fausse couche et, consécutivement, apparition de troubles morbides du côté des organes génitaux. Pendant plusieurs années, elle subit divers traitements, a plusieurs poussées de pelvi-péritonite et, son état s'aggravant, elle

se décide à une opération. Le Dr Loumeau fait une laparatomie et constate la présence d'adhérences péritonéales unissant la paroi abdominale à l'utérus, formant une gangue épaisse qu'il faut disséquer et reséquer, pour ramener en avant le fond de l'utérus et des annexes. Il pratique l'ablation totale des ovaires et des trompes et fait une hystéropexie antérieure.

Les suites opératoires sont très simples. La température reste normale.

Huit jours après l'opération, la malade qui n'avait rien présenté d'extraordinaire jusque-là est prise assez brusquement de troubles psychiques, qui tout d'abord se présentent avec les allures d'un délire toxique caractérisé par des hallucinations de la vue de nature terrifiante. Elle voit Behanzin dans son lit, aperçoit des têtes de morts, des fantômes et croit que diverses personnes, notamment les médecins qui l'ont assistée, sont couchés derrière les rideaux ou dans la cheminée. Au bout de quelques jours, ces phénomènes disparaissent, mais le trouble mental se modifie en s'accentuant, et la malade tombe progressivement dans une sorte de confusion d'esprit avec torpeur intellectuelle et physique, idées mélancoliques et hallucinations. Elle s'imagine qu'elle a de mauvaises idées, qu'elle pense et dit du mal de tout le monde sans le vouloir et malgré tous ses efforts pour s'en empêcher. Elle perd le sommeil et l'appétit et, son état s'aggravant, on consulte le Dr Régis qui la trouve distraite, à demi hébétée, et répondant à peine, comme étrangère aux choses ambiantes et uniquement préoccupée des agitations de sa pensée. En l'examinant avec soin, M. Régis constate qu'elle ne prononce pas réellement comme elle le croit des paroles compromettantes, mais qu'elle les formule intérieurement en un langage purement mental. Il s'agit là d'hallucinations psycho-motrices verbales.

Elle a en même temps quelques hallucinations psycho-sensorielles auditives. Elle entend des chuchotements venir soit de l'étage au-dessus, soit du dehors.

Tout en reconnaissant la large part qui revient ici à l'hérédité comme cause prédisposante, M. Régis pense que

le motif déterminant de la maladie est l'opération chirurgicale, agissant par l'action complexe du traumatisme physico-moral de l'agent anesthétique et, principalement, par les modifications biologiques apportées dans l'économie, par la suppression d'organes aussi importants que les ovaires, ainsi que cela a lieu à la suite de l'ablation du corps thyroïde.

Aussi, pense-t-il à pratiquer des injections sous-cutanées de suc ovarien. Le traitement est appliqué du 5 avril au 2 juin 1893. Sous son influence, l'état d'excitabilité de la malade se calme en partie. Elle reprend ses occupations, vague aux soins du ménage, s'intéresse à sa famille ; ses facultés intellectuelles et affectives, autrefois annihilées, s'exercent d'une façon normale, correcte et régulière. Les obsessions, les hallucinations, prennent un caractère moins fixe et moins absorbant, ce que la malade traduit en disant qu'elle a plus de raison et « qu'elle parvient maintenant à penser à autre chose. »

Néanmoins, elle est toujours très tourmentée de « penser et parler mal » et, ne sachant d'où cela peut provenir, elle s'en prend à sa bonne et à ses voisins qu'elle invective par instants d'une façon assez grossière.

Cette observation est lue le 2 juin 1893, et la malade présentée à la Société de Médecine de Bordeaux. Les jours suivants, l'amélioration fait de nouveaux progrès et l'on pouvait raisonnablement entrevoir la possibilité d'une guérison, lorsque sous l'influence de complications nouvelles dans le mauvais état des affaires de sa famille, la malade redevient tourmentée, préoccupée, délirante et perd très rapidement une bonne partie du terrain gagné jusque-là, malgré la continuation du traitement hypodermique.

Enfin le 15 juillet 1893, se soustrayant un instant à la surveillance dont elle était l'objet, elle s'arrose de pétrole et se met le feu. Elle succombe vingt-quatre heures plus tard à ses horribles brûlures sans paraître souffrir, sans cesser de répéter comme elle le faisait parfois auparavant : « mais je n'ai rien fait. » Cet acte de suicide n'a pas été

purement délirant et il est dû en grande partie aux préoccupations matérielles qui tourmentaient légitimement la malade et avaient été la cause de sa rechute.

Il serait facile de relever un plus grand nombre d'observations, mais celles qui précèdent nous paraissent suffisantes pour faire ressortir que les troubles psychiques consécutifs aux opérations chirurgicales sont extrêmement variables.

Du reste la plupart des travaux présentés sur la question font ressortir ce polymorphisme.

Le professeur Mairet et son élève Denis distinguent les cas dans lesquels l'opération ne joue que le rôle de cause provocatrice et ceux dans lesquels une influence pathogénique est plus considérable.

Lorsque l'opération ne joue que le rôle de cause occasionnelle, la forme que revêt l'aliénation mentale dépend non du traumatisme, mais de l'état antérieur, hérédité, prédisposition.

Lorsque l'influence pathogénique est plus puissante, on observe surtout la manie et la mélancolie. Cette manie et cette mélancolie, sans avoir, disent-ils, une physionomie spéciale, présenteraient certaines particularités dignes d'être mises en relief ; ce sont des perversions sensorielles, illusions ou hallucinations atteignant plus spécialement le sens de la vue et celui de l'ouïe.

Ne sont-ce pas là justement les caractères que présentent les accès de manie et de mélancolie survenant chez les dégénérés ou les prédisposés.

M. le Dr Le Dentu en s'appuyant sur soixante-huit cas, dont trente-huit consécutifs à des opérations sur l'appareil génital de la femme, admet deux formes bien différentes de délires traumatiques :

1° La forme agitée, le délire d'excitation ;

2° La forme calme, dépressive, lypémaniaque.

Dans l'un et l'autre cas, on peut constater des particularités sur lesquelles, dit-il, les auteurs n'ont guère insisté : l'aphasie, l'amnésie verbale, les évacuations involontaires, les escharres au sacrum et aux fesses, indices certains de

l'ébranlement du système nerveux et du trouble profond de la nutrition. La fièvre, très rare, doit être considérée comme étrangère au délire lui-même.

Mais l'auteur est obligé de reconnaître la difficulté de dégager un type bien défini que l'on puisse étiqueter : *délire post-opératoire, délire traumatique pur.*

Il se borne à conclure qu'il survient après les opérations des délires hystériques à forme agitée ou dépressive, des délires assimilables à la démence sénile, des délires maniaques, des délires à formes mal définies, et il termine en se demandant s'il n'existe pas des délires post-opératoires chez des individus non dégénérés et non prédisposés.

L'impossibilité dans laquelle s'est trouvé M. Le Dentu de dégager le type qu'il recherchait, prouve bien qu'il n'existe pas. Du reste, les auteurs qu'il cite, comme Sheperd, Gaillard Thomas et Rafaelo Gucci, se sont heurtés aux mêmes difficultés.

M. le Dr Penon, dans sa thèse de 1893, déclare que le délire post-opératoire peut revêtir des aspects différents suivant les individus et les circonstances. Il aurait pu borner là ses conclusions, mais il essaie ensuite de dégager deux formes de délire, l'un, éclatant brusquement sous l'influence, la plupart du temps, de causes infectieuses et qu'il dénomme délire maniaque aigu ; l'autre, survenant chez des malades profondément débiles ou même cachectiques et qu'il qualifie de psychose chronique, asthénique, de confusion mentale.

Or, la lecture attentive de ses observations ne nous a pas permis d'adopter cette manière de penser et nous croyons devoir nous en tenir à la première partie de ses conclusions.

Seeligmann, Marlier, reconnaissent dans leurs thèses que les états de folie les plus divers peuvent être rencontrés après les traumatismes opératoires, mais que deux formes seraient surtout observées : la mélancolie avec idées hypocondriaques et idées de suicide et la manie aiguë. Musin, qui n'a fait porter son étude que sur la folie consécutive aux opérations gynécologiques, pense que la forme mélancolique est la plus fréquente. Cela tient tout

simplement à la plus grande fréquence de la mélancolie chez la femme que chez l'homme, d'une façon générale.

En somme, à l'heure actuelle, l'opinion de la majorité des auteurs semble être qu'il n'existe pas un type de folie post-opératoire.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que dans certains cas que l'on ne peut guère prévoir, chez certains prédisposés qu'on ne peut désigner à l'avance, l'opération détermine l'éclosion d'une bouffée délirante, le réveil d'un délire éteint ou l'exaspération d'une psychose actuelle. C'est l'opinion soutenue par M. le professeur JOFFROY ; c'est aussi celle de M. le D[r] MAGNAN. Ce sont les idées de ces deux maîtres que le D[r] TRUELLE a développées dans sa thèse.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Terrain de production des troubles psychiques post-opératoires

Maintenant que nous savons que la folie post-opératoire n'a pas de symptomatologie spéciale, il nous paraît intéressant de rechercher si elle peut se produire chez n'importe quel sujet ou bien au contraire s'il est nécessaire, pour qu'elle apparaisse, qu'il y ait prédisposition héréditaire ou acquise, cachexie, intoxication ou quelqu'autre cause plaçant l'individu en état de réceptivité.

C'est par la lecture attentive des observations publiées que l'on peut arriver à se former une opinion. Mais il faut reconnaître qu'un grand nombre manquent de rigueur scientifique et que si elles tendent à démontrer l'influence de l'acte opératoire dans la production des divers délires, elles négligent d'envisager les antécédents héréditaires et personnels du malade ou les diverses influences qui ont pu débiliter son organisme.

Il nous semble cependant que c'est là un point capital, car il ne suffit pas qu'un délire survienne à la suite d'une opération pour rendre cette dernière seule responsable. L'état antérieur de l'opéré peut être le point de départ de la psychose, qu'elle survienne par hasard après l'opération ou qu'elle soit réveillée par l'intervention elle-même.

Aussi M. le Dr Picqué a-t-il parfaitement raison de dire qu'une observation de folie post-opératoire, dans laquelle on n'a pas noté avec soin les antécédents personnels ou héréditaires du malade, ne saurait servir de base à une discussion scientifique.

Si nous passons en revue les observations citées au chapitre précédent, nous voyons que la première a trait à une femme de trente-six ans ayant eu antérieurement à l'opération plusieurs accès d'hystérie et que celle qui nous est personnelle concerne une dégénérée héréditaire ayant manifesté après l'opération un délire bien spécial caractérisé par la recherche obsédante du mot. Dans le cas emprunté à la thèse de Vène et dans celui de M. Prengrueber, il s'agit, d'une part, d'un malade affaibli par l'âge et ayant subi auparavant deux internements pour manie aiguë et, de l'autre, d'une femme ayant un caractère bizarre, emportée, pleurant facilement sans cause, et sujette à de violents accès d'hystérie. Enfin, la malade citée dans l'observation de M. Régis comptait des aliénés dans ses antécédents.

On est donc autorisé à considérer tous ces malades comme des prédisposés.

Du reste, le fait de la prédisposition héréditaire ou acquise a été admis par la plupart des auteurs, mais peut-être pas d'une façon assez exclusive pour quelques-uns d'entre eux. Ceux qui lui refusent toute influence, comme Rohé, de Baltimore, forment l'exception. Dupuytren lui-même, lorsqu'il décrivait son délire nerveux, déclarait que ce délire survient surtout chez les individus d'une susceptibilité nerveuse particulière, d'un caractère pusillanime, chez ceux dont le cerveau a été ébranlé. — N'est-ce pas admettre la prédisposition d'une façon évidente?

Broca, Verneuil, Billroth pensent que ce sont les alcooliques qui sont surtout exposés aux troubles psychiques post-opératoires. Or, par le fait de leur intoxication, les alcooliques sont des prédisposés au premier chef.

La malade de Courty, atteinte de manie à la suite d'une ovariotomie et dont l'observation fut rappelée par M. le professeur Mairet (1), en 1881, se faisait remarquer par de nombreuses tares. Enfant naturelle, elle avait présenté, étant jeune, des signes de rachitisme. Plus tard, entêtée, fantasque, capricieuse, difficilement éducable, elle avait pu à grand'peine apprendre à lire. Quand elle devint femme, ses défauts s'accentuèrent davantage. Elle ne pouvait rester en place, se brouillant avec tout le monde, incapable d'un travail soutenu. Enfin, à trente ans, elle avait un premier accès de manie suivi de beaucoup d'autres, puisqu'elle séjourna à l'asile pendant neuf ans une première fois et pendant huit mois une seconde fois. Trois jours après son opération, elle était prise d'un accès de manie furieuse dont elle guérit assez rapidement, du reste.

Quant à la malade qui fit l'objet de l'intéressante clinique du professeur de Montpellier, en 1889, elle était sujette, depuis longtemps, et principalement à l'époque de ses règles, à des crises d'hystérie suivies de délire hallucinatoire. Trois jours après avoir été opérée d'un kyste hydatique du foie, elle est prise d'excitation, puis ses idées délirantes augmentent ; elle tombe dans un état de torpeur physique et intellectuelle accompagné d'une dénutrition profonde.

Elle finit par succomber par épuisement.

Dans six observations publiées par Sheperd, la prédisposition des malades était manifeste. Deux étaient des buveurs et comptaient des aliénés dans leurs antécédents. Deux autres étaient également buveurs, d'un caractère fantasque et comptaient des originaux et des buveurs

(1) Mairet : Rapports entre les lésions de la sphère génitale et l'aliénation mentale chez la femme. *Montpellier médical*, décembre 1881.

parmi leurs ascendants. Un autre était épileptique, un dernier, atteint d'un cancer, était profondément cachectique. Pris de démence après l'opération, il mourut l'année suivante d'hémorragie cérébrale.

Tillebronn, de Hambourg, Werth, de Kiel, Sanger, de Leipsig, Martin, Ahlfeld et Frommel admettent que les troubles psychiques post-opératoires éclatent en général chez des prédisposés et que l'opération n'est que la cause occasionnelle de leur éclosion.

Les deux cas publiés dans la thèse de Bataille, en 1887, se sont produits l'un chez une hystérique, l'autre chez une femme dont la mère est morte folle.

Dans quatre des six observations publiées par Gaillard Thomas, en 1889, il y avait des troubles mentaux avant l'opération. Dans les deux autres, les renseignements sont trop peu explicites pour qu'on puisse se prononcer, mais les symptômes observés donnent fort à penser que là encore il s'agissait de dégénérés.

Même prédisposition chez la malade de M. Polaillon, à qui l'on pratique une hystérectomie abdominale pour un fibro-myome de l'utérus. Avant l'opération, elle était taciturne, d'un caractère fantasque, avait un langage grossier sans y avoir été provoquée le moins du monde. Le délire éclate six jours après. C'est un délire polymorphe avec périodes de dépression mélancolique et d'excitation, mais ce qui paraît dominer, c'est l'incohérence des idées.

Si nous parcourons le travail de Dent, 1889, nous voyons que l'auteur pense que l'opération joue un rôle capital dans la production du délire, mais il reconnaît qu'un certain nombre de ses malades avaient des antécédents vésaniques.

Chez d'autres, pour lesquels il n'a rien trouvé, il avoue que les renseignements positifs à ce sujet peuvent être fort difficiles à obtenir, mais il pense que la préoccupation de l'opération, l'énervement et l'émotivité qui en résultent peuvent être le point de départ de la folie. Cela arrive, dit-il, pour les opérations les plus simples, même pour l'extraction d'une dent.

N'est-on pas autorisé, alors, à se demander si cette émo-

tivité particulière n'est pas elle-même sous la dépendance d'une prédisposition ?

Si, en effet, l'opéré n'a pas d'antécédents héréditaires ou personnels, s'il n'a pas de dégénérescence héréditaire ou acquise, il pourra bien redouter une opération grave et ce n'est, somme toute, que très légitime, mais il ne délirera certainement pas du fait de cette appréhension bien naturelle.

Du reste, dans les observations qu'il rapporte, on rencontre des alcooliques, des morphinomanes et les délires qu'il décrit paraissent bien porter les stigmates de la dégénérescence.

Lorsque nous avons rappelé au chapitre de l'historique le travail de M. Pozzi, nous avons fait ressortir que lui aussi était d'avis que la prédisposition héréditaire jouait le plus grand rôle dans l'apparition des troubles mentaux post-opératoires ; ce n'est, dit il, que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'on les voit apparaître sans cause, et encore, doit-on toujours, en pareil cas, rechercher avec le plus grand soin s'il n'y a pas d'alcoolisme.

Parmi les observations relatées dans la thèse de Véne, on remarque qu'une malade, extrêmement nerveuse, avait eu la syphilis, maladie infectieuse au premier chef, susceptible d'agir directement sur le cerveau, qu'une autre était hystérique et nymphomane. A noter également un vieillard athéromateux dont les cellules cérébrales, mal irriguées, en voie de dégénérescence, devaient être incapables de résister à une excitation un peu forte. Un autre avait des urines rares, albumineuses, de l'hyperthermie ; son délire, très bruyant, avait quelques rares interruptions ; les paroxysmes correspondaient à l'élévation de la température. L'autopsie mit en évidence la néphrite la plus avancée. N'est-ce pas là un délire urémique ?

Le Dr Musin a publié dans sa thèse cinq observations personnelles. Il résume, en terminant, l'histoire de ses malades au sujet de leurs antécédents et voici ses constatations :

Une d'entre elles avait un frère faible d'esprit et une cousine aliénée. Toujours d'un caractère inégal, elle deve-

nait mélancolique et exprimait des idées tristes à la moindre contrariété et à ses époques menstruelles. Une autre était alcoolique. Les trois dernières avaient présenté des troubles nerveux dans leur existence antérieure. Aussi l'auteur croit-il que, malgré ce qu'aient pu dire certains auteurs qui sont allés assez loin dans la recherche des antécédents de leurs malades sans rien trouver de morbide, l'on doit toujours rencontrer dans le passé de la malade ou de sa famille une tare quelconque, mentale ou nerveuse, qui pourra expliquer l'éclosion des troubles psychiques.

Le traumatisme n'est que la cause occasionnelle, « la goutte d'eau qui fait déborder le vase », suivant l'expression de Mairet.

Seeligmann pense aussi que le plus souvent le rôle principal dans la genèse du trouble mental revient à la prédisposition héréditaire ou acquise, mais il croit aussi que l'opération peut être la cause suffisante de la folie post-opératoire.

Marlier déclare qu'en dehors de l'hérédité qui a une importance capitale, les chagrins, le surmenage mental, et physique, les excès de toute sorte, l'alcoolisme et les diverses intoxications, les maladies infectieuses et toutes les causes susceptibles de produire la dégénérescence de l'individu peuvent amener l'explosion du délire à la suite d'une opération.

M. Rémy, en insistant au dernier Congrès de Chirurgie sur ce fait que, chez le vieillard, un accident léger, une opération sans gravité suffisent pour amener des troubles mentaux divers, depuis la simple dépression passagère jusqu'au délire confirmé et à la démence définitive, admet qu'il s'agit là d'une véritable prédisposition acquise par suite de l'irrigation défectueuse du cerveau.

Quoi de plus probant au point de vue qui nous occupe que les observations qui ont servi de base à la clinique de M. le professeur Joffroy ?

L'histoire de la première malade est surtout bien typique.

Il s'agit d'une femme de soixante-sept ans, chez laquelle la folie est apparue quatorze jours après l'ablation d'un

ostéo-sarcome. Son délire était caractérisé par des périodes d'excitation suivies de périodes de dépression avec idées de suicide, idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, de la vue et du goût. Elle finit par tomber dans un état de déchéance physique qui se termina par la mort.

Or, à quarante ans, elle avait eu une fièvre typhoïde avec délire bruyant et prolongé, il lui était resté un affaiblissement des facultés intellectuelles portant spécialement sur la mémoire.

A soixante-deux ans elle était atteinte de l'influenza. A la suite, son amnésie s'accentua, son caractère se modifia complètement, elle devint égoïste et hypocondriaque. Enfin, depuis l'apparition de sa tumeur, elle était devenue irritable à l'excès, querelleuse, menteuse, malveillante.

En ce qui concerne ses antécédents, sa mère était débile, excessivement nerveuse, affligée d'une sorte de chorée mal caractérisée.

A cette hérédité ascendante, s'ajoutait une descendance beaucoup plus chargée De neuf grossesses, quatre enfants lui restaient, un garçon d'un caractère bizarre et trois filles, une neurasthénique, une hypocondriaque et une autre fantasque, égoïste, ayant eu des convulsions en son jeune âge et ne voulant pas voir sa mère.

La malade avait donc laissé une parcelle de son intelligence à chaque difficulté rencontrée sur sa route et n'avait trouvé dans l'opération chirurgicale que l'occasion d'atteindre la démence terminale.

M. le Dr Truelle, dans sa thèse, en dehors des trente observations qu'il a empruntées à divers auteurs et dans lesquelles il s'est appliqué à faire ressortir le rôle de la prédisposition héréditaire ou acquise, en a publié cinq personnelles.

Une de ses malades, à antécédents particulièrement chargés, est prise d'un accès de délire hallucinatoire, suivi d'une période de dépression mélancolique avec idées de persécutions, huit jours après une périnéorraphie. Cet état persiste pendant plus d'un an avec des moments d'accalmie ; enfin, elle sort gu rie, après un séjour de treize mois à l'asile. Ce qui prouve bien que l'opération n'a joué

là qu'un rôle tout à fait secondaire, c'est que, quatre ans après, elle a une nouvelle crise délirante à la suite de la mort de sa mère.

Ses autres malades sont aussi des dégénérés ou des prédisposés.

Dans la remarquable communication de MM. Picqué et Briand, à la Société de Chirurgie, les auteurs se sont appliqués à ne publier que des observations typiques recueillies avec le plus grand soin, afin de défier toute critique.

Tout en faisant ressortir que l'hérédité joue un rôle capital dans la production de la psychose post-opératoire, ils mettent surtout en relief, que beaucoup de malades chez lesquelles on a constaté du délire à la suite d'une opération, sont en réalité aliénées auparavant.

Les unes présentent des symptômes dont elles exagèrent inconsciemment l'importance ; elles se croient malades et viennent demander le secours de la chirurgie ; les autres simulent des maladies qu'elles savent ne pas avoir pour obtenir les opérations qu'elles désirent. Une d'elles trouve le moyen de se faire enlever les deux seins en simulant une névralgie rebelle, une autre rêve de se faire enlever un métatarsien pour diminuer la largeur de son pied, une troisième se fait débarrasser de plusieurs phalanges.

Une dernière, courant les cliniques et les hôpitaux de Paris, s'adresse à divers chirurgiens pour se faire débarrasser de douleurs abdominales en rapport avec ses idées délirantes. On lui fait successivement un curettage de l'utérus, un raccourcissement des ligaments par le procédé d'Alexander, enfin une hystérectomie sans que jamais elle n'éprouve de soulagement. Hantée par des idées de suicide, elle est envoyée à Saint-Anne, où elle demande qu'on lui fasse un anus contre nature, parce que ses intestins n'étant plus retenus par la matrice sont descendus et sont noués.

M. Walther, à propos d'un malade dont M. Piqué a présenté l'observation, comme un cas de folie consécutif à l'opération, insiste sur ce fait qu'il s'agissait en réalité de troubles psychiques pré-opératoires.

Sur onze observations, M. Richelot relève trois catégories de psychoses : des troubles hystériques passagers provoqués par une opération quelconque, des folies hystériques plus graves éclatant sur un terrain tout préparé avec ou sans ablation d'organes, des vésanies proprement dites ayant commencé bien avant l'opération et après elle poursuivant leurs cours.

M. Reynier rappelle trois observations de manie aiguë après l'ablation de kystes de l'ovaire. Chez toutes ces malades on relevait des antécédents héréditaires ou des troubles antérieurs. Il lui est arrivé aussi d'opérer des femmes âgées pour des prolapsus et l'opération était suivie de phénomènes de ramollissement cérébral et de troubles de l'intelligence. N'est-ce pas là une preuve de la sensibilité du système nerveux ?

L'opération est donc le facteur qui fait rouler une boule qui restait en équilibre instable sur un terrain bien en pente et à laquelle le moindre choc devait faire quitter sa place.

Mais à côté de ces prédisposées il y a toute une catégorie de malades et notamment celles atteintes de grandes névralgies pelviennes qui ont de véritables phobies douloureuses *sine* ou *cum materia*. Souvent très intelligentes, jouissant de toute leur raison, en dehors de tout ce qui touche à cette phobie, elles accusent des douleurs toujours en disproportion avec les lésions qu'on peut leur trouver. Cette disproportion du symptôme douleur et de la lésion doit mettre en éveil le chirurgien. Car, ce sont celles qui ont les lésions les plus insignifiantes qui, après l'opération, sont le plus sujettes à des troubles hystériques ou à des vésanies.

Là encore, l'intervention est la cause d'une exagération des phénomènes cérébraux, mais elle ne les crée pas.

M. Monod, en lisant trois observations que l'on pourrait étiqueter folie post-opératoire, fait bien ressortir que, chez l'un de ses malades, le délire est imputable à l'urémie, chez l'autre, à la septicémie, et que, chez la dernière, si l'on ne trouve pas de prédispositions héréditaires, elle est

passée par toute une série d'épreuves bien suffisantes pour amener chez elle de la dépression mentale, et enfin, un véritable délire après l'opération.

Mais, ce qui nous frappe le plus dans ce cas, c'est que la malade, qui a actuellement des idées de persécution s'est fait arrêter il y a quelques mois aux magasins du Louvre, dans une crise de kleptomanie. En présence de ce délire bien particulier, faudrait-il se hâter de conclure qu'il s'agit là seulement d'une prédisposition acquise?

Sur six cent quarante-deux observations de malades auxquelles M. Segond a fait subir l'ablation des annexes seules ou l'ablation de l'utérus et des annexes, quatre seulement ont eu des troubles mentaux. Les trois premières avaient été de tout temps des hystériques, et la quatrième, surprise en flagrant délit de vol après une opération, avait toujours été une voleuse de profession.

Mais il nous paraît inutile d'insister davantage, car, presque toutes les observations relatées par les autres chirurgiens qui ont pris part à la discussion viennent confirmer l'influence de la prédisposition ou sont destinées à prouver que certaines opérées étaient folles avant l'intervention.

Cependant, on est obligé de reconnaître qu'il n'est pas toujours possible de retrouver cette prédisposition héréditaire ou acquise. Ainsi, dans la deuxième observation que nous avons tirée de la thèse de Seeligmann, et dans laquelle la malade, âgée de trente-cinq ans, s'est suicidée dans un accès de mélancolie consécutif à une colpopérinéorraphie, il est dit que ses antécédents héréditaires fouillés minutieusement ne présentaient rien d'anormal. En ce qui la concernait, elle n'avait jamais présenté de symptômes nerveux ou mentaux, elle n'avait aucune frayeur de l'opération et semblait auparavant très calme et parfaitement lucide.

Il en est de même dans le cas emprunté au travail de Dent. Là encore, on ne trouvait aucun antécédent héréditaire, même éloigné, la famille ne présentait aucune tare nerveuse ou mentale, et jamais la malade n'avait manifesté les moindres symptômes d'exaltation.

Rohé, de Baltimore, Lamphear, Sears, Baldy ont relevé également plusieurs observations de ce genre. Une dizaine d'entre elles ont été publiées dans la thèse de Marlier. On en retrouverait encore quelques autres dans les différents travaux que nous avons parcourus.

M. Picqué en a cité également dans sa communication ainsi que M. Broca et M. Barette, de Caen.

Mais tous les aliénistes savent combien il est difficile de se procurer parfois des renseignements sur le passé des malades ou de leur famille et que bien souvent par négligence ou par fausse honte on se cache des faits de la plus haute importance.

Aussi ne faudrait-il pas se hâter de conclure que le traumatisme opératoire suffit à lui seul pour engendrer le délire. Ce serait plutôt le cas de dire que là encore l'exception confirme la règle.

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION

Fréquence. — Époque d'apparition. — Durée. — Terminaison

Aucune statistique précise n'a permis, jusqu'à présent, d'apprécier quelle était au juste la fréquence des troubles psychiques post-opératoires.

Nombre de cas relevés sous ce titre, et qu'on pourrait y ranger à première vue, doivent en être écartés après un examen plus attentif, car, il s'agit de délires dont l'origine directe peut être trouvée en dehors de l'opération. Ils peuvent relever de l'alcoolisme, de l'épuisement, de la septicémie ou bien encore, leur début est trop éloigné de l'intervention pour pouvoir l'incriminer en toute sûreté.

De plus, si l'on considère la quantité énorme d'opérations effectuées dans ces dernières années, on voit que, relativement à ce chiffre colossal, le nombre des délires

consécutifs est plutôt restreint. S'il en était autrement, quelle recrudescence de l'aliénation mentale n'aurions-nous pas eu à constater de ce chef ! Il n'y a pas, en effet, un chirurgien qui n'en ait plusieurs à citer dans sa pratique, mais la proportion reste infime par rapport au chiffre de ses interventions.

Ceci dit, voici quelques-unes de ces statistiques :

Schnabel, de 1877 à 1882, trouve, sur cent quatre-vingt-trois opérations de cataracte, douze cas de troubles consécutifs, soit 6,5 °/₀ ; Jayer, de Vienne, sur mille cinq cents opérés, n'eut que onze fois du délire, soit 0,75 °/₀.

M. Denis, de Montpellier, dans sa thèse *De l'aliénation mentale consécutive aux opérations chirurgicales*, a examiné de nombreuses statistiques qu'il a empruntées à des chirurgiens contemporains, principalement à des gynécologistes. Il en conclut que la folie post-opératoire se rencontre 2 fois 1/2 sur cent opérations.

Herbert Mayor (1), dans un relevé général sur les causes de la folie, portant de 1876 à 1882, indique, à l'article « accidents et blessures », la proportion de 5 °/₀ chez l'homme, et 1 °/₀ chez la femme.

Sears (2), sur cent quatre-vingt-cinq cas d'opérations gynécologiques, a vu, chez soixante personnes, survenir des troubles mentaux, proportion beaucoup plus considérable que les précédentes, puisque sa moyenne serait de 32,5 °/₀.

Werth (3), de Kiel, sur deux cent trente-six opérations, signale six fois l'éclosion de la folie ; soit la proportion de 2,50 °/₀.

Détaillant les faits, il dit l'avoir rencontrée, deux fois sur trente-deux hystérectomies, deux fois sur cent soixante-huit ovariotomies et deux fois sur trente-six castrations.

Sur sept à huit cents opérations pratiquées par M. le professeur Weïss, de Nancy (in Th. Seeligmann, 1897), il

(1) Herbert Mayor : Causes de l'aliénation mentale. *Ann. médico-psychol.*, 1885, p. 500.

(2) Sears : Sur la folie consécutive aux opérations chirurgicales. *Boston med. and surg. journ.*, 29 juin 1893.

(3) Werth : Mémoire à la Société de gynécologie de Halle, 1888.

ne trouve que sept cas de délire, tous consécutifs à des interventions sur les organes génitaux de la femme, soit 1 %.

La proportion notée par M. le Dr Segond, à la suite d'opérations gynécologiques, n'a pas dépassé 0,60 %.

Somme toute, nous trouvons les proportions suivantes :

6,5 % (Schnabel), opérations de cataracte ;
0,75 % (Jager), opérations de cataracte ;
2,5 % (Denis), opérations de tout genre ;
5 et 1 % (H. Mayor), accidents et blessures ;
32,5 % (Sears), opérations gynécologiques ;
2,5 % (Werth), opérations gynécologiques ;
1 % (Weiss), opérations de tous ordres ;
0,60 % (Segond), opérations gynécologiques.

Donc, si nous distrayons le chiffre donné par Sears, qui s'écarte véritablement par trop de ceux fournis par les autres auteurs et qui semble prouver qu'un grand nombre des malades qu'il a observées étaient tarées avant l'opération, nous trouvons une moyenne de deux cas de folie post-opératoire sur cent interventions, ce n'est pas très considérable.

Voyons maintenant le moment d'apparition de ces troubles psychiques, et comment ils se comportent en tant que durée et terminaison.

Le début en est des plus variables. Tantôt on voit la psychose s'établir et revêtir les symptômes les plus alarmants pendant la convalescence et même pendant les premiers jours qui suivent l'opération chirurgicale ; disons de suite que c'est ce qui se produit le plus habituellement.

Presque tous les auteurs le constatent dans leurs observations, et il en est qui ont pu citer la brusque apparition des troubles psychiques dès le deuxième et troisième jour qui suivaient l'intervention chirurgicale. En particulier, Véne dit que dans toutes ses observations, c'est du deuxième au cinquième jour que cette apparition a eu lieu.

Tantôt, au contraire, ce n'est qu'à des époques plus éloignées, plus retardées de l'opération, après guérison

complète des malades au point de vue chirurgical, et après leur sortie de l'hôpital, que l'aliénation mentale s'est constituée définitivement. Nous disons définitivement, car, dans ces derniers cas, il est probable que, pendant leur séjour à l'hôpital et, pendant leur convalescence, les malades avaient déjà présenté des troubles légers qui avaient plus ou moins attiré l'attention des médecins.

Cette période prodromique, caractérisée par un léger changement du caractère ou de l'insomnie, avait bien pu aussi passer inaperçue.

En tout cas, l'on voit évoluer parfois la folie post-opératoire à des époques éloignées de celle où a été subie l'opération. Tillebrown, de Hambourg, dans les trois cas qu'il cite de folie consécutive aux opérations gynécologiques, dit que les troubles mentaux ont débuté trois ou quatre mois après l'opération, et Werth a vu deux de ses malades devenus aliénés après la guérison complète de leur affection chirurgicale.

Musin signale une malade qui, après une ablation du sein, manifesta quelques idées étranges et un peu de dépression mélancolique, puis, ses facultés intellectuelles baissèrent et enfin, au bout de cinq ans, elle fut prise d'attaques épileptiques avec folie consécutive. Peut-être, est-ce un peu abusif d'incriminer l'opération dans un cas aussi tardif?

Dans les observations que nous avons publiées dans ce rapport, les troubles éclatent du deuxième au quinzième jour, sauf chez la malade de M. Weiss pour laquelle ils n'apparaissent qu'au bout de deux mois.

Retenons donc de ces considérations, que la folie consécutive aux traumatismes opératoires a un début des plus variables, et voyons maintenant, comment une fois constituée, elle se comporte au point de vue de la durée et de la terminaison.

Ici encore, rien de précis. Cela dépend d'une série de conditions en rapport avec l'état physique et mental antérieur du malade et qu'il faut étudier dans chaque cas particulier. Comme on a compris sous le nom de folies post-opératoires des cas très dissemblables, et n'ayant

entre eux que bien peu de rapport, il en résulte que les statistiques ne prouvent absolument rien. Aussi, les documents publiés sont-ils contradictoires et les différents auteurs ont-ils fait un pronostic différent, suivant la série qu'ils ont eu à observer.

Vène, en réunissant à ses observations personnelles un assez grand nombre de cas publiés par divers auteurs (Dupuytren, Denis, G. Thomas, Tillebrown, etc.), est arrivé au résultat suivant :

Sur soixante-huit cas,

Cinq incurables ou chroniques ou ayant duré de une à plusieurs années;

Treize ayant duré un à deux mois;

Trente-trois ayant duré moins d'un mois;

Six cas à durée inconnue, mais à terminaison non mortelle;

Et l'auteur conclut :

Les troubles psychiques post-opératoires peuvent donc entraîner parfois la mort ou bien passer à l'état chronique, mais ils sont le plus souvent bénins.

En somme, en raison de la grande variété de ces délires, on ne saurait leur fixer une marche ni un pronostic défini.

A ce point de vue, chaque cas doit être considéré en particulier.

CHAPITRE V

ESSAI DE PATHOGÉNIE

Nous connaissons maintenant la physionomie des troubles psychiques pouvant survenir chez les opérés; nous avons vu que, dans l'immense majorité des cas, ils apparaissent chez des individus ayant une prédisposition héréditaire ou acquise, et que leur évolution ne présente rien de caractéristique. Il nous reste à rechercher quels sont les autres facteurs qui peuvent intervenir dans leur

production, l'importance qui revient à chacun d'eux, et, si à eux seuls, ils suffisent parfois à faire éclore la psychose.

Les causes qui ont été invoquées pour expliquer le délire post-opératoire sont en très grand nombre :

L'impression morale ; une action nerveuse reflexe un état de shock ;

L'opération en elle-même ; la nature de l'intervention ;

L'anesthésie au chloroforme, à l'éther, à la cocaïne ;

Les antiseptiques et en particulier l'iodoforme ;

L'anémie cérébrale ou la cachexie du sujet ;

L'alcoolisme ;

L'infection qui peut précéder ou suivre l'opération ;

L'auto-intoxication résultant de la formation exagérée ou de l'insuffisance d'élimination des poisons normaux.

Ainsi que le fait remarquer M. le professeur Joffroy, la *préoccupation* joue certainement ici un rôle très important, souvent même prépondérant. « Cette préoccupation deviendra rapidement, chez certains malades, une véritable idée fixe qui absorbera à son profit toute l'attention, captivera toute la pensée et remplira complètement de son objet la capacité de l'esprit.

Tout d'abord, il y aura cette phase dans laquelle l'opération est redoutée, mais non encore décidée, et alors, le malade est anxieux sur la décision qui sera prise. Dans la phase suivante, l'opération est décidée et le malade est envahi par la peur du chloroforme, de la douleur, des hémorragies, de la mort, et cette nouvelle préoccupation, qu'il trouve de plus en plus justifiée, s'étend encore davantage et envahit tout le champ de la conscience. »

Mosso (1) a parfaitement décrit cette préoccupation dans un passage de son livre sur *la Peur*. Il a fait un tableau saisissant des salles d'hôpitaux, particulièrement, celles de femmes où les patientes gémissent et pleurent dans l'angoisse de l'opération qui doit terminer leurs souffrances.

C'est aussi l'opinion de Dent ; cet auteur déclare qu'une

(1) Mosso : La peur. *Traduction Hément*. Paris, Alcan, 1886.

opération chirurgicale peut s'accompagner d'une réaction mentale plus ou moins marquée. Même avant l'opération le malade peut en être impressionné, inquiet, et cette préoccupation peut avoir des conséquences diverses. Il peut en résulter de l'énervement, une véritable excitation nerveuse, de l'émotivité anormale, même quand il s'agit d'une intervention insignifiante. Lorsqu'il parle des troubles mentaux suivant, par exemple, l'ablation d'un ovaire malade, il pense que l'opération favorise plutôt qu'elle n'entrave les fonctions de l'autre ovaire, si celui-ci est sain. Donc, ce n'est pas la perte de la fonction qui provoque les troubles psychiques, mais l'idée de cette perte.

Krafft Ebing (1) pense également que l'agitation psychique qui précède et accompagne l'intervention opératoire peut avoir une influence très notable sur le développement de la folie.

Le cas d'Ahsfeld, qui vit du délire survenir après un simple examen au spéculum, a certainement tous les droits à être considéré comme d'origine purement émotive. N'en est-il pas de même du malade de Levison (2) qui eut un accès d'hypocondrie après une simple extirpation dentaire.

Citons aussi les deux rhinoplasties de Billroth suivies toutes deux d'un délire hypocondriaque; la mutilation due à l'opération sert ici de point de départ au délire.

Le Dr Choteau (3) a publié, en 1894, l'observation d'une malade de trente-cinq ans, sans antécédents nerveux héréditaires ou personnels, qui était atteinte depuis plusieurs mois d'hémorragies abondantes provoquées par un polype utérin. Malgré l'utilité d'une intervention immédiate, le Dr Choteau dut attendre quelque temps, car sa cliente

(1) Krafft Ebing : Traité clinique de psychiatrie. *Traduction Laurent*. Paris, 1897.

(2) Levison : On a case of predisposition to cerebral disturbance manifested after the extraction of stumps of teeth. *Lancet*, 1850.

(3) Choteau : Troubles mentaux après opérations obstétricales. *Echo médical*, 1er décembre 1894.

avait une veritable terreur de l'opération. Elle finit enfin par se décider, et le polype fut enlevé facilement et sans qu'on eût recours au chloroforme.

Les suites opératoires furent excellentes. Les métrorrhagies cessèrent, les forces revinrent rapidement et la malade paraissait enchantée du résultat, lorsqu'au bout de trois semaines, elle devint agitée, anxieuse sans aucun motif, En même temps, apparaissaient des troubles digestifs, des spasmes œsophagiens, des troubles de la sensibilité générale, des sensations de chaud et de froid ; elle se figurait que des gouffres allaient se creuser sous ses pas, et il fallait constamment quelqu'un autour d'elle pour la sauver de ses terreurs injustifiées, dont elle se rendait compte sans pouvoir les réprimer.

En publiant cette observation, M. Choteau a cherché à l'expliquer. Comme il n'avait trouvé chez sa malade aucune tare, que l'opération avait été bénigne et ses suites normales, il pense qu'on doit incriminer le choc moral, l'obsession de l'opération redoutée.

Un médecin belge, Van Hassel, en relatant trois cas de folie post-opératoire, fait, lui aussi, jouer un rôle prépondérant au choc moral qui précède ou accompagne l'opération.

Mais cette émotivité poussée à l'extrême, n'est-elle pas le signe d'une dégénérescence manifeste, et faut-il être étonné si le malade vient à délirer après l'intervention, lorsqu'à cette préoccupation antérieure vient s'ajouter celle des suites de l'intervention.

On a pensé également que les troubles psychiques post-opératoires étaient dus à une *action nerveuse reflexe* ou encore à un état de *shock*. Dans cet ordre d'idées, Vène rappelle dans sa thèse l'observation d'un individu opéré d'un abcès sternal communiquant avec le médiastin. Le lendemain, il fut pris de délire avec symptômes d'angine de poitrine, angoisse, exophtalmie trahissant, ajoute l'auteur, la souffrance des nerfs, plexus et ganglions de la partie supérieure du thorax. Et Vène ajoute : cette partie du système nerveux, dont l'importance est si grande en physiologie, n'a-t-elle pas pu transmettre au cerveau, par

une voie naturelle et directe, une partie de son excitation?

Il cite aussi le cas d'une femme à qui M. LE DENTU pratiqua l'extirpation de trois fibro-myomes péritonéaux et d'un pyosalpinx. Ces tumeurs avaient occasionné une névrite du plexus sacré avec des douleurs sciatiques intolérables. L'opération fut particulièrement laborieuse et M. LE DENTU dut rompre plusieurs adhérences existant entre les tumeurs, le rectum et la paroi postérieure du bassin. Les suites opératoires furent des plus simples, mais la malade fut prise d'accès de manie accentuée, surtout vers le cinquième jour.

M. VÈNE, rappelant qu'on a vu survenir des attaques d'épilepsie à la suite de l'inclusion d'une branche sciatique dans une cicatrice, pense que vraisemblablement, dans ce cas particulier, le cerveau a reçu le contre-coup de la névrite du plexus sacré.

En ce qui concerne les troubles mentaux consécutifs aux opérations sur l'appareil génital, DENIS suppose qu'étant donnée la richesse en éléments nerveux des organes abdominaux, une intervention pratiquée dans cette sphère pourra, par la voie du grand sympathique, retentir jusque sur l'axe cérébro-spinal. Un traumatisme opératoire apporte un grand trouble dans l'innervation viscérale; les excitations reflexes se multiplient et peuvent apporter par leur intensité un trouble persistant dans la vie psychique.

Mais, ainsi que le proclament M. le professeur MAIRET et les Drs MUSIN et SEELIGMANN, le traumatisme n'est que le coup final qui fait tomber dans la folie un cerveau déjà vacillant. S'il en était autrement, et si cette action reflexe avait l'importance que veulent lui attribuer quelques auteurs, toute intervention portant directement sur un nerf devrait infailliblement produire la folie, ce qui, heureusement, est loin d'être vrai.

Comme exemple de trouble psychique imputable au shock nerveux, M. le Dr GUINON a publié dans sa thèse une observation d'hystéro-traumatisme opératoire fort intéressante.

Il s'agit d'un ébéniste, âgé de trente-trois ans, à qui

M. le professeur Guyon fit une uréthrotomie à la suite d'une infiltration d'urine causée par un rétrécissement. L'opération fut faite sans chloroforme et le malade put remonter dans son lit sans difficultés. Le lendemain matin sa jambe droite était complètement paralysée. A l'examen, impotence musculaire absolue ; sens musculaire et articulaire abolis. Anesthésie complète de la peau sur toute l'étendue du membre, à la douleur, au contact, à la température ; reflexes tendineux abolis. Le surlendemain, la faiblesse gagne le membre supérieur qui présente également un certain degré de parésie ; il y avait donc à ce moment une véritable hémiplégie. Mais cette hémiplégie ne persista point, en ce sens que le membre supérieur reprit rapidement ses forces. Le membre inférieur, au contraire, resta dans le même état pendant quinze jours, sans qu'il se fît le moindre retour du mouvement ou de la sensibilité, puis progressivement pendant la quinzaine suivante, tout rentra dans l'ordre.

Mais, les antécédents héréditaires et personnels du malade présentaient de nombreuses tares.

Sa mère était nerveuse, colère ; une de ses sœurs avait eu des convulsions pendant le séjour d'un tœnia dans l'intestin.

Lui-même, nerveux, émotif, pleurait facilement et se mettait en colère pour les motifs les plus futiles. Son existence avait été des plus mouvementées : il s'était lancé dans des spéculations et des entreprises malheureuses et, après avoir occupé une assez jolie situation, il était obligé de travailler comme ouvrier.

Là encore, la prédisposition semble jouer le principal rôle.

Du reste, si l'on s'en rapporte à M. le professeur Joffroy, l'opération en elle-même n'a pas une grande influence, puisque, grâce à l'anesthésie, la douleur est absente, que le malade n'a pas conscience de l'intervention chirurgicale au moment où elle a lieu, et, qu'ensuite il éprouve le plus généralement un sentiment de satisfaction.

On a dit aussi que l'opération agissait par une action sympathique, mais, comme le fait remarquer M. le profes-

seur MAIRET, c'est tout simplement dissimuler notre ignorance derrière un mot. Il y aurait plutôt lieu de penser que, dans quelques cas du moins, c'est par son action sur la nutrition que l'opération chirurgicale agit dans la réalisation de la folie. Ces troubles de la nutrition, lorsqu'ils existent, mettent le système nerveux dans un état de receptivité morbide qui favorisera la réalisation d'une véritable aliénation mentale. Nous reviendrons sur ce sujet, lorsque nous étudierons le rôle de l'auto-intoxication.

La *nature de l'intervention*, son siège, les organes sur lesquels elle porte ont une importance secondaire par rapport au développement de la psychose. Certaines opérations ou groupes d'opérations ont été à ce point de vue l'objet d'études particulières. SICHEL, 1863, SCHMID RIMPLER, 1878, VALUDE, PARINAUD, FRANKL HOCHWART, 1890, RUDOLF LOWY, 1896, ont attiré l'attention sur l'influence que peut avoir l'opération de la cataracte sur la production des délires.

De même, les opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme donneraient lieu assez fréquemment à des troubles psychiques.

Mais ce seraient les opérations gynécologiques qui tiendraient le premier rang ; la plupart des travaux parus dans les dernières années ont eu pour but d'établir une corrélation entre les psychoses et les opérations pratiquées sur la sphère génitale de la femme. Comme le fait remarquer M. PICQUÉ, cette question a la plus haute importance, car la responsabilité du chirurgien est gravement engagée à sa solution.

Un nombre considérable d'observations ont été publiées dans ces dernières années. Ne pouvant admettre *à priori* une simple coïncidence entre le développement de la psychose et l'opération, beaucoup d'auteurs ont été conduits à admettre une relation étroite de causalité.

De plus, pour justifier cette corrélation, ils ont émis un certain nombre d'hypothèses ; on a voulu établir surtout une comparaison avec les troubles nerveux qui accompagnent la menstruation ou les délires puerpéraux, on a parlé de l'influence de la ménopause spontanée ou provo-

quée, on a mis en avant quantité d'autres explications aussi ingénieuses que subtiles. Des statistiques ont été produites, mais elles ne prouvent pas grand'chose, car elles sont souvent contradictoires.

Aussi, le rapport qui existerait entre les opérations gynécologiques et les psychoses est loin d'être admis par tout le monde. Si Keith signale 10 % de folies après l'hystérectomie, si Sears, Farland, Rohé, Landau lui-même, parlent dans le même sens, Lawson Tait nie de son côté formellement l'influence de ces interventions sur l'éclosion des troubles psychiques et beaucoup d'autres avec lui. Au cinquième Congrès français de Chirurgie, il a déclaré que sur deux cent soixante et onze cas personnels, il n'avait observé qu'un seul cas de psychose durable. Musin, Seeligmann, Praud ont admis que c'est principalement à la suite des opérations sur l'utérus ou les annexes que l'on a l'occasion d'observer les troubles psychiques, mais M. le Dr Marlier, M. le professeur Joffroy et M. Truelle, s'inscrivent contre cette opinion, sauf en ce qui concerne la démence qui survient après l'ablation totale du corps thyroïde, ajoute M. Joffroy.

Nous reviendrons du reste sur ce sujet tout à l'heure. M. Picqué a fait remarquer que les interventions gynécologiques le plus souvent mises en cause sont précisément les plus bénignes, prolapsus, déchirures du périnée, et ses collègues de la Société de Chirurgie ont parlé dans le même sens faisant ressortir que la nature de l'opération n'a que très peu d'importance dans l'immense majorité des cas.

D'autres auteurs ont incriminé l'action des *anesthésiques*, de quelque nature qu'ils soient ; en première ligne le chloroforme et ensuite l'éther, le protoxyde d'azote, la cocaïne, etc., etc. Il est certain que *l'inhalation chloroformique* produit au début une excitation cérébrale assez intense pendant laquelle le malade parle haut ou s'agite ; le délire, les hallucinations de l'ouïe et de la vue sont des phénomènes constants, mais ces modifications de l'intellect sont absolument transitoires, ils n'acquièrent une importance excessive que dans certains états pathologiques. Chacun

sait combien longue et difficile est la période d'excitation des alcooliques ; le délire professionnel bruyant, les mouvements musculaires désordonnés, les spasmes, le trismus, les attaques convulsives et tétaniques sont extrêmement fréquents chez eux. On a vu éclater parfois de véritables crises épileptiformes, des accès de manie aiguë qui ont pu faire courir au patient un véritable danger.

L'anesthésie a provoqué parfois chez ces intoxiqués des attaques très intenses de *delirium tremens*. Certaines femmes nerveuses sont également, quoique à un moindre degré, rebelles à la chloroformisation.

Savages (1) a aussi publié un certain nombre d'observations dans lesquelles il attribue le développement de la psychose à la chloroformisation.

Seeligmann a relaté dans sa thèse l'histoire d'une malade atteinte de vaginisme avec douleurs ovariennes à qui l'on donna le chloroforme pour l'examiner plus facilement et calmer son vaginisme par une simple dilatation au spéculum. Au réveil, elle fut prise d'un accès maniaque avec tremblements non rythmés. Cet accès dura vingt-quatre heures, puis tout rentra dans l'ordre.

Or, c'était une femme très nerveuse, s'émotionnant facilement sous le moindre choc moral ou physique, prédisposée par des revers successifs (pertes de parents, chagrins de famille, soucis maternels).

Dans la thèse de Guinon (2), l'influence du chloroforme sur l'ensemble du système nerveux est mise en évidence par quatre cas d'hystérie survenus par la seule influence du chloroforme.

L'éther agit-il comme une cause plus puissante que le chloroforme ou inversement ? Il n'y a aucune raison de le croire, d'autant plus que les chirurgiens qui emploient habituellement cet anesthésique n'ont jamais signalé qu'il eût une influence particulière sur l'éclosion des troubles mentaux et que, au temps où on s'en servait davantage,

(1) Savages : Folie à la suite d'anesthésie. *British medical journal*, décembre 1887.

(2) Guinon : Les agents provocateurs de l'hystérie. *Thèse*, Paris, 1889.

les cas de folie post-opératoire n'étaient pas plus fréquents. Cependant on a publié des cas de troubles psychiques imputables à l'éthérisation.

M. le Dr Truelle a eu l'occasion d'observer, dans le service du Dr Chaput, à la Salpêtrière, chez des malades ayant été anesthésiés par l'éther, une sorte de délire avec exubérance et propos incohérents rappelant, à s'y méprendre, la première phase de l'alcoolisme aigu. Ce délire, qui se produisait aussitôt le réveil, était extrêmement fugace et les malades, qui en étaient atteints, étaient des névropathes.

Nous trouvons enfin dans le mémoire de Savages une observation intéressante dans laquelle le *protoxyde d'azote* paraît devoir être incriminé.

Une femme était allée chez le dentiste se faire arracher quelques dents; le protoxyde d'azote avait été employé pour l'anesthésier. Au réveil elle fut prise de manie aiguë avec mouvements désordonnés, loquacité incessante et gâtisme. Jamais elle ne recouvra sa raison et ne reconnut ses amis. La manie dura trois semaines et puis, la malade tomba dans la démence où elle était encore quand Savages publia son histoire.

Il faut remarquer que cette femme était une alcoolique chronique et qu'elle était sujette à des crises d'hystérie paraissant survenir sous l'influence de l'alcool.

Cocaïne. — Mattison (1) a insisté sur des troubles psychiques survenus dans des cas de cocaïnisme. Il rapporte deux accès de manie aiguë ayant duré trois heures. D'autres auteurs ont observé aussi des hallucinations et de la manie.

Reclus et Wab ont noté aussi du délire provoqué par une seule injection de cocaïne pratiquée avant une opération.

Mais, malgré sa tendance à produire des hallucinations, la cocaïne n'offre pas plus de dangers que le chloroforme, d'après l'expression de Reclus. Sur sept cents opérations

(1) Mattison : Dangers de la cocaïne. *Tribune médicale*, 1er janvier 1888.

faites au moyen de ce médicament, ce chirurgien n'a pas eu à constater un seul cas d'intoxication.

La *morphine*, que l'on emploie parfois comme anesthésique, soit en injections sous-cutanées, soit à l'intérieur, un peu avant l'opération et qu'on administre encore après comme calmant, peut avoir aussi ses dangers. Cette efficacité de la morphine, pour produire des phénomènes psychiques morbides, a été bien mise en lumière, notamment par M. le professeur BALL (1).

Ainsi donc, les divers anesthésiques peuvent, dans certains cas, contribuer à produire des délires post-opératoires, mais ils n'interviennent que bien faiblement, sauf peut-être dans une certaine mesure chez les intoxiqués, les alcooliques chez lesquels le moindre appoint peut suffire pour déterminer l'éclosion du délire. Et pour citer l'opinion de M. le professeur MAIRET : « Ce rôle des anesthésiques dans la réalisation de l'aliénation mentale consiste surtout dans la mise en activité, par suite de leur action directe sur les cellules nerveuses, d'une réserve qui se trouve prête à germer. »

A côté de la théorie, qui veut que les troubles mentaux soient sous la dépendance des anesthésiques, nous devons placer celle qui les attribue aux *antiseptiques* et, en particulier, à l'iodoforme. Il n'est pas douteux, en effet, que l'iodoforme puisse produire des troubles mentaux. Il suffit pour s'en convaincre de lire les travaux de KÖNIG (2), de RICKLIN (3), de RÖHMER (4), de M. le professeur BERGER (5), et la thèse d'agrégation de M. BRUN, pour n'en citer que quelques-uns.

Voici quels sont les caractères de ce délire.

Les malades se plaignent d'abord de perte d'appétit,

(1) BALL : Leçons sur la morphinomanie. *Revue scientifique*, 1884.

(2) KÖNIG : Effets toxiques de l'iodoforme, *Centralblatt für chirurgie*, 1882, nos 7 et 8.

(3) RICKLIN : Accidents toxiques à la suite de l'emploi de l'iodoforme dans la pratique chirurgicale. *Gaz. méd.*, 1882, n° 19.

(4) RÖHMER : Du pansement à l'iodoforme. *New-York med. Record*, mars 1882.

(5) BERGER : Le pansement à l'iodoforme. *Revue des sciences médicales*, 1883.

puis d'avoir constamment un goût d'iodoforme qu'ils retrouvent à tout ce qu'ils essaient de manger et de boire puis, survient de l'insomnie et une agitation anormale. En proie à une inquiétude vague, le malade se tourne et se retourne dans son lit. Ses mains sont agitées de mouvements continuels et inconscients, il chiffonne ou déchire ses couvertures. Dans les cas les plus accentués, ne reconnaissant plus les personnes qui l'entourent, voyant quelquefois auprès de lui des êtres ou des objets imaginaires, il bavarde, chante, crie sans prendre pendant la nuit entière une minute de repos, et ne se calme qu'au matin pour se montrer dans la journée sous un tout autre aspect. La lucidité est de nouveau parfaite et tout au plus paraît-il un peu de lourdeur de tête ou de céphalalgie légère. Ces alternatives de calme et d'agitation peuvent se succéder ainsi jusqu'à guérison complète.

D'autre fois, à cette excitation nocturne, succède pendant le jour un état mental particulier qui, en raison même de sa singularité et de la fréquence avec laquelle il a été rencontré, présente une importance diagnostique de premier ordre.

C'est d'abord une apathie plus ou moins profonde qui bientôt dégénère en un état mélancolique et peut aboutir à la lypémanie la mieux caractérisée. Triste, inquiet de tout et sans raison aucune, le malade se tourmente outre mesure de son état. Il se plaint à tout propos, désespère de revenir à la santé et de ne jamais quitter son lit, se préoccupe constamment de sa mort qu'il voit inévitable et prochaine. Les raisons les plus insignifiantes, l'approche du médecin sont l'origine de crises de larmes interminables et l'offre de boissons ou de nourriture provoque des plaintes et des protestations peu en rapport avec le motif qui les détermine.

Enfin, dans certaines formes graves, le délire devient extrêmement violent, le pouls devient filiforme, le malade tombe dans le collapsus et finit par succomber.

M. Brun a publié des observations démonstratives à ce sujet. Des opérés sont pansés à l'*iodoforme*. Le délire apparaît, on abandonne le médicament, tout rentre dans

l'ordre. On revient à l'iodoforme et les troubles psychiques se montrent de nouveau. En même temps, on constate chez quelques-uns de l'iode dans l'urine.

Mais à côté de ces cas bien particuliers dans lesquels le délire doit être imputé à l'intoxication iodoformique, il est bien certain que l'on a mis sur le compte de ce médicament des méfaits dont il ne saurait être responsable.

Souvent il s'agit d'individus plus ou moins entachés d'alcoolisme et chez lesquels le pansement n'avait joué aucun rôle dans l'éclosion du délire. La preuve, c'est que quelques-uns d'entre eux ont continué à délirer lorsqu'on a eu cessé le médicament et que, chez d'autres, le délire a disparu bien qu'on ait continué le pansement iodoformé.

Enfin, même quand il s'agit d'un cas véritable d'intoxication iodoformique, la notion de l'état cérébral antérieur doit intervenir pour expliquer l'apparition des accidents, car, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Berger, le propre de l'intoxication par l'iodoforme, c'est son irrégularité; il semble étrange, en effet, de voir les mêmes accidents se produite à la suite d'emploi de doses variant de 5 à 300 grammes, tantôt après le premier, tantôt après un certain nombre de pansements. On a vu tasser 250 grammes d'iodoforme dans une cavité osseuse évidée sans qu'il en résultât le moindre inconvénient, tandis qu'une simple application de gaze iodoformée sur une plaie superficielle, ou d'un tampon chargé de poudre iodoformique dans le vagin, ont suffi à produire des désordres aussi graves que l'aliénation mentale. De même chez les vieillards et les gens épuisés, les cas d'intoxication seraient beaucoup plus fréquents.

Il faut donc autre chose que l'antiseptique pour amener le délire et c'est pourquoi, dans la plupart des observations un peu complètes, on trouve une prédisposition héréditaire ou acquise.

M. Mairet a insisté sur l'influence des *stimulants* et en particulier des boissons alcooliques que l'on fait prendre aux opérés dans le but de les tonifier. Il est bien certain que l'ingestion de ces liquides a pu provoquer chez quelques individus un peu de délire alcoolique aigu, ou le

réveil d'un alcoolisme chronique, mais ce ne sont guère, là, à proprement parler, les troubles psychiques post-opératoires.

L'*anémie cérébrale* due à une opération sanglante, la *cachexie du sujet*, la *cachexie cancéreuse*, en particulier, contrairement à ce qu'on a prétendu, ne jouent qu'un rôle très effacé dans l'éclosion du délire post-opératoire. Ne voit-on pas quantité de gens arrivés au dernier degré de l'épuisement conserver la parfaite intégrité de leur intellect? M. le professeur JOFFROY, qui a eu sous sa direction pendant plusieurs années à la Salpêtrière le service des incurables cancéreuses, n'a jamais vu survenir chez aucune de ces malheureuses malades une forme quelconque de psychose avec délire ou hallucinations, et n'a pas le souvenir d'avoir jamais eu à rédiger de certificat pour faire transporter une cancéreuse dans un service d'aliénés.

Mais par contre, lorsqu'il y a concomitance d'un cancer et d'une psychose, on voit encore assez fréquemment le cancer être le point de départ de fausses interprétations. C'est ainsi qu'un malade de BONNET, atteint de squirrhe du pylore, croit avoir un crapaud dans le ventre ; que, chez un autre, un cancer du rectum lui donne la conviction qu'il est l'objet de tentatives de pédérastie. Ce qui revient à dire que, chez un prédisposé ou un aliéné, un cancer peut servir de point de départ à une interprétation délirante, mais que la cachexie cancéreuse ne peut guère par elle-même être une cause suffisante pour provoquer les troubles psychiques post-opératoires.

L'*acoolisme* prédispose d'une façon évidente à l'éclosion des troubles mentaux à la suite d'un traumatisme ou d'une opération chirurgicale. Tous les chirurgiens et les aliénistes ont constaté ce fait et s'attendent à voir survenir de l'excitation lorsqu'ils ont à intervenir chez des buveurs. Il paraît inutile d'insister sur ce fait, car, si l'on parcourt les observations publiées, on voit que la majeure partie des troubles psychiques post-opératoires relevés chez les hommes se sont déclarés sur des alcooliques.

Plus encore qu'un alcoolique, un morphinomane sera apte à délirer sous l'influence occasionnelle d'une opéra-

tion. Il est presqu'aliéné quand il ne l'est pas tout à fait ; son excitabilité est telle que, le professeur BALL le dit justement, il est « dans un état d'angoisse qui ne demande qu'à éclater à la première occasion. »

Toutes les maladies d'ordre toxique affectant le système nerveux créent au cerveau des malades atteints une prédisposition à délirer que la moindre occasion peut faire naître.

C'est ainsi que certains délires post-opératoires doivent être considérés comme d'origine *urémique*. M. LE DENTU a publié un cas de ce genre. Il s'agissait d'une malade atteinte d'anurie calculeuse et à laquelle il incisa le rein pour extraire un calcul qui obstruait l'uretère. Le quatrième jour après l'opération apparut un délire d'excitation très accentuée avec frissons et élévation de température. Cet état se prolongea pendant quelques mois et la malade finit par mourir sans que le délire l'eût abandonnée. A l'autopsie, on trouva le rein, qui avait été incisé, complètement atrophié et l'autre, sclérosé au dernier point.

Quant au rôle de l'*infection* dans la pathogénie des troubles mentaux post-opératoires, il est des plus considérables et des plus manifestes, encore faut-il que ce soit chez des prédisposés, sinon tout individu qui a de la suppuration devrait délirer, ce qui est bien loin d'être vrai.

Grâce aux méthodes actuelles, la *septicémie* est devenue une rareté, comparativement à ce qui se passait autrefois ; il devrait donc en résulter que les cas de folie consécutifs aux interventions chirurgicales devraient être aussi exceptionnels, si l'infection était seule coupable. Or, il n'en est rien, car il est facile de voir que la folie post-opératoire n'a pas suivi une marche proportionnelle à la diminution de la suppuration.

M. le professeur JOFFROY a présenté à sa clinique une malade chez laquelle l'infection a dû certainement contribuer à l'éclosion du délire post-opératoire. Nous avons retrouvé beaucoup d'autres observations que l'on peut interpréter de la même façon. Enfin M. PICQUÉ a cité à la Société de Chirurgie un cas tout à fait concluant.

Il fut appelé un jour dans un asile auprès d'un malade

qui avait été interné, parce que, atteint d'une affection du genou, il avait tenté de se suicider en se jetant par la fenêtre de l'hôpital où il était en traitement. M. Picqué constata une arthrite suppurée du genou avec destruction profonde des surfaces articulaires. La température était de 40°5, le délire était bien de nature infectieuse. Le malade guérit d'une façon définitive, grâce à une amputation de cuisse, et il a toujours conservé depuis lors l'intégrité de ses facultés.

Enfin, il nous reste à examiner le rôle que peut jouer l'*auto-intoxication* dans l'éclosion des troubles psychiques post-opératoires.

M. le Dr Régis pense qu'il doit être considéré comme prépondérant. Le délire post-opératoire serait le plus souvent provoqué par un empoisonnement de l'organisme et, par suite, du cerveau, soit par des microbes ou leurs produits de secrétion, soit par des substances toxiques, résultant de la formation exagérée ou de l'insuffisance d'élimination des poisons normaux.

Dans son rapport au Congrès de la Rochelle, sur les auto-intoxications dans les maladies mentales, rapport rédigé en collaboration avec M. Chevalier-Lavaure, M. Régis insiste sur ce fait, que le délire post-opératoire revêt fréquemment la forme de la confusion mentale, c'est-à-dire, qu'il offre tous les caractères cliniques du délire d'intoxication et d'infection. Il considère que cette intoxication est déterminée surtout par l'ébranlement nerveux, le choc de l'opération. Il se produirait là une perturbation des échanges nutritifs analogue à celle qui a lieu dans les grands traumatismes, par exemple, dans la neurasthénie traumatique.

C'est par l'auto-intoxication qu'on s'explique l'état démentiel qui survient à la suite de la thyroïdectomie et les nombreux cas que l'on connaît aujourd'hui d'amélioration ou même de guérison de ces accidents par le rétablissement artificiel de la fonction thyroïdienne constituent une preuve irrécusable à l'appui de cette opinion.

Mais, dans ce cas, il y a corrélation constante entre l'extirpation de la glande et les troubles consécutifs, toujours

les mêmes. On peut affirmer, sans crainte d'être contredit, qu'il s'agit là d'un véritable type de folie dont l'origine ne peut être rapportée qu'à l'opération.

Mais, doit-on interpréter de la même façon les troubles psychiques qui succèdent à l'ablation d'autres organes importants, les ovaires, par exemple, et faut-il rapporter à l'auto-intoxication les délires consécutifs à l'extirpation des annexes?

M. Curatulo (1) a démontré à la suite d'une série d'expériences que les ovaires, outre leur rôle physiologique bien connu, fourniraient ainsi que les autres glandes de l'économie animale une sécrétion interne spéciale, capable de favoriser l'oxydation de substances organiques phosphatées, des hydrates de carbone et des graisses.



On conçoit, dès lors, que l'on ait attribué les troubles nés après l'ovariotomie à la suppression de cette fonction et que l'on ait songé à les faire disparaître en administrant de la pulpe d'ovaire ou du suc ovarien. C'est ce qu'a fait M. le Dr Régis pour la mélancolique dont nous avons relaté l'observation. Il a obtenu une légère amélioration, mais les troubles mentaux ont persisté et la malade a fini par se suicider.

M. R. Mond (2) a rassemblé cent vingt observations de traitement ovarien pour des troubles consécutifs à la castration. Dans tous les cas, il y eut une atténuation progressive des troubles à partir du troisième ou du quatrième jour et une disparition complète au bout de dix à douze jours.

Enfin M. Jayle (3), dont les travaux sont reproduits dans la thèse de Lissac (4), a publié dans la Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale le résumé de ses obser-

(1) Curatulo : Sur la sécrétion interne de l'ovaire. *Annali di Ostetrica e ginecologia*, n° 10, 1896.

(2) R. Mond : Organothérapie par l'ovaire. *Much, med. Wochen*, 8 septembre 1896, n° 36.

(3) Jayle : Effets physiologiques de la castration chez la femme. *Rev. de gynéc. et de chirurg. abdom.*, mai, juin 1897.

(4) Lissac : Traitement des troubles consécutifs à la castration. *Thèse*, Paris, 1896.

vations qui comportent trois cents cas en cinq années. Il convient que consécutivement à l'ovariotomie les troubles mentaux sont rares, que la vésanie et la folie ne surviennent guère que chez des prédisposés par antécédents héréditaires ou personnels; dès lors, s'expliquent les résultats incomplets et souvent nuls qu'on obtient en les traitant par la méthode ovarienne.

On ne peut donc véritablement pas rapporter uniquement à l'auto-intoxication les troubles mentaux consécutifs à la castration ; il faudrait pour cela qu'ils fussent toujours les mêmes et qu'ils cédassent rapidement à l'opothérapie, ainsi que cela a lieu pour le myxœdème post-opératoire.

Là encore, c'est la prédisposition héréditaire ou personnelle qui joue le principal rôle.

CONCLUSIONS

1° Les troubles psychiques post-opératoires présentent les symptômes les plus divers; il n'existe donc point un type spécial de psychose que l'on pourrait étiqueter folie post-opératoire.

2° Si l'on en excepte certaines opérations sur le crâne et la thyroïdectomie dans lesquelles l'intervention peut engendrer seule les troubles mentaux, le rôle principal dans leur genèse revient à la prédisposition héréditaire ou acquise.

3° Diverses autres causes peuvent agir efficacement dans la production de ces accidents.

Les unes ont une importance des plus considérables et des plus manifestes, ce sont : 1° les intoxications d'origine interne ou externe, alcoolisme, infection, auto-intoxication ; 2° le choc moral ou la préoccupation qui accompagne l'opération.

Les autres ont une action très secondaire, ce sont les anesthésiques, les antiseptiques, l'état d'anémie ou de cachexie du sujet, la nature de l'intervention, son siège, les organes sur lesquels elle porte.

4° Il n'apparaît pas que les opérations gynécologiques exposeraient plus que les autres aux troubles psychiques post-opératoires.

5° Les troubles psychiques sont peu fréquents à la suite des opérations. Les statistiques ne relèvent guère qu'un

chiffre moyen de un à deux délires sur cent interventions et encore est-ce discutable.

6° Leur époque d'apparition est des plus variables. Le plus souvent ils surviennent sitôt après l'opération ; dans d'autres cas au contraire ils n'apparaissent qu'à une époque plus éloignée.

7° Leur évolution et le pronostic dépendent des causes qui les ont fait naître et des formes qu'ils revêtent. A ce point de vue, chaque cas doit être considéré en particulier.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AHLFELD. — Ovariotomie. In der Heilungszeit, Parotitis und Entwickelung einer psychischen Erkrankung. *Ber. u. Arb. a. d. geburtsh. gynäk. Klin. zü Marb.* 1885-86, 8°, Leipsig, 1887, III, 170, 173.

— — Des psychoses apparaissant à la suite d'opérations sur l'appareil génital féminin. *Berlin, Klin. Woch.*, 27 août 1888.

ALOMBERT-GOGET. — Contribution à l'étude de l'action thérapeutique des injections de liquide testiculaire dans certaines formes d'aliénation mentale. *Thèse, Lyon*, 1892.

ALTHAUS. — Insanity after oophorectomy, *Brit. med. J.*, p. 995, 1893.

ANGELUCCI et PIERACCINI. — Opportunité et efficacité du traitement chirurgical gynécologique dans les névroses hystériques et l'aliénation. *Riv. di frenatria*, XXIII, fasc. II, 1897.

AZAM. — De la folie sympathique provoquée ou entretenue par les lésions organiques de l'utérus et de ses annexes. *In-8°, Bordeaux*, 1858.

BAILLARGER. — Influence de la menstruation sur la transformation de la manie en délire aigu. *Ann. médico-psychol.*, 1885.

BALDY. — Psychoses à la suite des opérations gynécologiques, *Med. age*, 15, 1892. *Bulletin Médical*, p. 1076, 1891.

BALL. — Délire des morphinomanes, *Revue scientifique*, n° 23, 1884.

BALL et RITTI. — Délire nerveux traumatique. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XXVI, p. 375, 1882.

BALLET. — Les psychoses. *Traité de médecine*, 1894.

BARETTE DE CAEN. — Discussion sur les psychoses post-opératoires. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XXIV, n° 15, mai 1898.

BARRAUD et ROUILLARD. — Troubles et accidents de la ménopause. In-8°, Paris, 1895.

BARRUS. — Clitoridectomie dans la folie. *The Alienist and neurologist*, p. 478, 1895.

BARWELL. — Délire vésanique, durant trois semaines, consécutif à l'ovariotomie. *British med. journal*, p. 597, 21 mars 1885.

BATAILLE. — Traumatisme et névropathie. *Thèse doctorat, Paris*, 1887.

BEAD'LES. — The treatment of myxœdema and cretinism. *The journal of mental science*, July 1893.

BENTÉJAC. — De quelques phénomènes nerveux observés à la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen. *Thèse Paris*, 1888.

BERGER. — Pansement à l'iodoforme. *Rev. des Sc. méd.*, 1883.

R. BICH. — Manie aiguë consécutive à une opération chirurgicale. *British med. journ.*, avril 1884.

BILLROTH. — Troubles psychiques post-opératoires. *Éléments de path. chirurg. générale*, p. 432, 1868.

BIRCH. — Acute mania after operation. *Brit. med. J.*, p. 695, 1885.

BLAISDELL. — Ablation des ovaires dans la démence. *Med. Record.*, 20 février 1896.

BONDURANT. — Deux cas d'aliénation mentale traités par l'ovariotomie. *Americ journ. of Insanity*, janvier 1896.

BOUILLY. — Discussion sur les psychoses post-opératoires. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XXIV, n° 15, mai 1898.

BOULANGIER. — Kyste de l'ovaire chez une aliénée. *Communic. à la Soc. de Méd. In bulletin Méd.*, 23 décembre 1894.

BOUVAT. — Urémie délirante. *Thèse de Lyon*, 1883.

BOUVERET. — La neurasthénie. Paris, 1891.

BOWNE. — Extraction of teeth followed by insanity. *Dental advertise*, Buffalo, XII, 73, 1881.

BOYE. — Essai clinique sur les rapports des troubles génitaux avec la folie, chez la femme. *In-4°, Montpellier*, 1895.

BROCA. — Frénésie hystérique guérie par la laparatomie. *VIe Congr. frenati, itali.*, septembre 1889.

BRODNITZ. — L'action de la castration sur l'organisme féminin. *In*-8°. *Tubingue*, 1890.

BROUARDEL. — Etat mental de la femme sous l'influence des fonctions génitales et en particulier de la grossesse. *Gaz. hôpitaux*, mars 1887.

BROWN-SEQUARD. — Du liquide testiculaire. *Arch. de physiolog.*, n° 4, octobre 1889.

BRUN. — Accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques. *Th. agrég., Paris*, 1886.

Bum. — De l'intoxication par l'iodoforme. *Wien. Med. Presse*, n° 7, 1881.

Butler-Smith. — Manie aiguë consécutive à la rupture du rectum treize jours après une ovariotomie. *The Journal of ment. sc.*, July 1893.

Calderon. — Délire consécutif à l'opération de la cataracte. *Rivist. clin. de los hospitales*, juin 1890.

Calmeil. — Traité des maladies inflammatoires du cerveau. *Paris*, 1859.

Campbell-Clark. — Les fonctions sexuelles et de reproduction dans leur rapport avec la folie. *Journ. of mental science*, octobre 1888.

— — Alimentation thyroïdienne dans quelques formes d'aliénation mentale. *Americ. journ. of Insanity*, octobre 1885.

Canu. — Résultats thérapeutiques de la castration chez la femme. *Thèse Paris*, 1896.

Castagné. — De l'ablation des annexes de l'utérus dans l'hystérie. *Thèse Montpellier*, 1890.

Cestan. — Les accidents nerveux au cours de l'empyème. *Gaz. des hôp.*, 29 janvier 1898.

Chaillou. — Du délire nerveux. *Thèse Paris*, 1833.

L. Championnière. — Discussion sur les psychoses post-opératoires. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XXIV, n° 13, mai 1898.

— — Troubles réflexes après les opérations sur l'utérus et ses annexes. *Bulletin de la Société obstétricale*. Paris, 1888. *Bulletin médical*, p. 302, 1888.

Charcot. — Les accidents de chemin de fer (choc nerveux). *Gaz. des hôp.*, 4 décembre 1888.

Chaslin. — La confusion mentale primitive. *Asselin et Houzeau*, édit., 1895.

Chatenet. — De la mélancolie dans ses rapports avec les maladies utérines. Contribution à l'étude de la folie sympathique. *Thèse Paris*, 1893.

Chiarleoni. — Hystérie et castration. *Congrès de Pavie*, septembre 1887.

Choteau. — Troubles nerveux après opérations obstétricales. *Arch. de tocologie et de gynécologie*, octobre 1893.

Christian. — Des traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale. *Arch. de neurologie*, juillet et septembre 1889.

Chrobak. — Ueber Einverleibung von Eierstockgewebe. *Centralb für Gynécol.*, n° 28, 1896.

Coe H.-C. — Cérébral congestion following removal of the uterin appendages. *Med. rec. New-York*, XXXII, 417, 1887.

Cotard. — De l'origine psycho-motrice du délire. *Congrès de méd. ment.*, août 1889, Paris.

Cozzolino. — Troubles psychiques provoqués et entretenus par les maladies de l'oreille. *La Psichiatria*, fasc. IV, 1887.

Crocq. — Etude pathogénique et clinique des névroses traumatiques. *Mém. couronné. Acad. Méd. belge*, XIV, 1895.

Curatulo. — Sur la secrétion interne de l'ovaire. *Annali di ostetrica et ginecologia*, n° 10, 1896.

Cuylits. — Folie post-opératoire. *Bulletin de médecine mentale de Belgique*, 1898.

Dana. — Discussions. *N. J. médical Record*, 22 juin 1889.

Danilewsky. — Modifications cérébrales consécutives à la cranioctomie. *Soc. de Biol., Paris*, 1897.

Dauby. — Quelques considérations sur la menstruation dans ses rapports avec la folie. *In-4°, Paris*, 1866.

Davenport. — Rapport des affections pelviennes avec les troubles mentaux. *Med. News*, 5 nov. 1895.

Davidson. — Acute mania during the after treatment of amputation. *Lancet, London*, t. I, p. 93, 1875.

Debove. — Sur un cas de névrose traumatique. *Soc. méd. Hôpitaux*. 5 avril 1894.

— — Hystérie développée chez une femme ovariotomisée. *Soc. méd. Hôpitaux*, 18 nov. 1892.

Déjerine. — L'hérédité dans les maladies du système nerveux. *Thèse d'ag.*, 1886.

Delasiauve. — Diagnostic différentiel du délirium tremens. *Revue méd.*, 1850.

Delaye et Foville. — Considérations sur les causes de la folie et leur mode d'action, suivies de recherches sur la nature et le siège spécial de cette maladie. *Journ. de méd. chirurg. et pharm.*, Paris, 1821.

Denis. — De l'aliénation mentale consécutive aux opérations chirurgicales. *Thèse Montpellier*, 1889.

Dent. — Folie consécutive aux opérations chirurgicales. *Journ. of mental Sc.*, avril 1889.

Deny. — Pathogénie des folies sympathiques. *Presse médicale*, 1896.

Dewey R. — *Comptes rendus annuels du LIIIe Congrès annuel de l'Association médico-psycologique américaine*, 1897.

Dieulafoy. — Folie brightique. *Soc. de Médecine des Hôpitaux*, 10 juillet 1885.

Doléris. — Délire post-opératoire en gynécologie. *Nouv. Arch. d'obst. et de gynécol.*, p. 361, 1895.

Doyen. — Quelques considérations sur les terreurs morbides et le délire émotif en général. *Thèse de Paris*, 1885.

Dufournier. — Troubles psychiques post-opératoires. *Arch. gén. médecine*, décembre 1889.

Duplay. — Traité de chirurgie. Délire nerveux traumatique.

Dupuy E. — Recherches sur les maladies constitutionnelles et diathésiques dans leurs rapports avec les névroses et principalement avec la folie. *Ann. méd. psych.*, 1866.

Dupuytren. — Délire nerveux. In : mémoire sur les fractures du péroné, 1819. *Leçons orales de clin. chirurg.*, t. II, p. 222, 1839.

Eder. -- Ovariotomy for nervous diseases. *Boston medical and surgical Journal*, n° 5, p. 105, 1893.

Elliott. — L'aliénation mentale dans la puberté. *Med. Record*, 18 juillet 1895.

Eloy Ch. — La ménaupause, ses accidents et leur traitement. *Journal des Praticiens*, n° 55, 1893.

Engelhardt. — De la production des symptômes nerveux complexes, par les modifications anatomiques des organes sexuels. In-8°, Stuttgard, 1885.

Eulenburg. — Névropathie sexuelle. Névroses génitales et neuropsychoses chez l'homme et chez la femme, *Leipsig*, 1895,

Everke. — De la parotidite et des psychoses après l'ovariotomie. *Deut. méd. Woch.*, 16 mai 1894.

Ewens. — Temporary insanity after chloroforme. *Brit. méd. Jour.*, n° 836.

Mac Farland. — The relations of operative gynecology to insanity. *Méd. Review Saint-Louis*, p. 443, 1893.

Fauld. — Castration for enlarged prostate. *Brit. med. J.*, p. 974, 1895.

Fauvel. — Paralysie générale traumatique. *Thèse de Paris*, 1885.

Féré. — La Pathologie des émotions. *Paris*, 1892.

Fergusson. — Folies consécutives à l'épuisement, aux fièvres, aux coups, aux blessures, aux opérations chirurgicales, à la parturition, etc. *The alienist and neurolog.*, juillet 1892.

Festal. — Etude sur le délire nerveux traumatique. *Thèse Paris*, 1877.

Ferrarini. — Contributo allo studio delle psychosi post-operatione. *Nuova revista di psychiatria*, n° 11 à 14, 1890 et n° 1, 1893.

Feuton. — Removal of parovarian cyst; hemiplegia seventh day from operation. *British Gynec. London*, 1891, 2, VII, 71, 76, 1891.

Forel Aug. — Guérison de l'hystérie par la castration. *Corr. Blatt. f. Schweiz, Aertz*, 15 nov. 1886.

Forster. — Uber Psychose nach Erkrankung der sexual organen, *in-8°*, *Greifswald*, 1874.

Fouiraux. — Contribution à l'étude des traumatismes dans ses rapports avec l'aliénation mentale. *Thèse Paris*, 1888.

Foville. — Etat crétinoïde consécutif à l'ablation du corps tyroïde. *Ann. méd. psych.*, 1884, 6e série, t. XI, p. 7, t. III, p. 12, 1886.

Frommel. — Des psychoses apparaissant à la suite d'opérations sur l'appareil génital féminin. *Berlin. Klin. Voch.*, 27 août 1888.

Funaioli. — Un cas de folie sympathique post-nuptiale. *Ann. méd. psych.*, 1895.

Fusier. — Folie améliorée par un anthrax. *Encéphale*, p. 65, 1884.

Garat. — Influence de la ménopause sur le développement de la folie. *Thèse Paris*, 1892.

Gillette. — Aphasie à la suite d'une paracentèse abdominale. *Ann. méd. psych.*, 12, 5e série, p. 112, 1874.

Gilliam. — Ooproecthomie pour l'aliénation et l'épilepsie. *Am. Journ. of. obst.*, octobre 1896.

Giovanni (de). — Contre l'intervention chirurgicale dans les névroses. *Intern. Klin. Rundschau*, nos 27-29, 1893.

Glaevecke. — Körperliche und geistige Veranderungen im weiblichen Körper nach kunstlichen Verluste der Ovarien einerseits und des Utérus anderseits. *Arch. f. Gynäk*, Berlin, XXXV, 1-88, 1889.

Glorieux. — De la folie post-opératoire et de la manie des opérations chirurgicales chez certains névropathes. *Annales de la policlinique de Paris*, p. 140, 1895, ou *Revue méd.-chir. des maladies des femmes*, Paris, p. 261, 1895.

Gnauck. — Das Verhalten von Veurosen nach gynaecol. Operationen. *Centralbl. f. Gynaekol.*, p. 418, 1887.

Goodell (William). — Notes cliniques sur l'extirpation des ovaires dans l'aliénation mentale. *Americ. Journ. of Insanity*, 1882.

Gorton. — Manie consécutive à l'emploi de l'éther comme anesthésique. *Am. Journ. of Ment. Sc.*, avril 1890.

Grammatikati. — Des phénomènes cliniques observés chez les femmes à la suite de l'ablation de parties séparées de l'appareil génital. *Wratch*, p. 1, 1890.

Grandin. — Notes sur les névroses génitales reflexes chez la femme, *Améric. méd. Bull.*, 1er avril 1894.

Geo. Granville Bantock. — Hysterectomy and Insanity. *Brit. medic. Journ.*, p. 395, 1889.

Gray. — Etiological connections of genital diseases in male and female with mental affection. *Transactions of the medical society of the state of New-York*, 1893.

Griesinger. — Pathologie und therapie der psychischen Krankheiten, p. 183, 1861.

Grouhel. — Etude médico-légale des maladies post-traumatiques. *Thèse Lille*, 1895.

Gucci R. — Rivista sperimentale di médic. légale di Reggio, fasc. I, 1889, et fasc. II, 1890.

Guimbal. — De la folie à la ménaupose. *Thèse Paris*, 1883.

Guinon. — De l'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie. *Revue de chirurgie*, n° 11, p. 930, 1888.

— Les agents provocateurs de l'hystérie. *Thèse doct. Paris*, n° 140, 1889.

Guisy. — Difformités congénitales et affections des organes génito-urinaires des deux sexes comme cause des troubles des facultés intellectuelles ou de folie dite sympathique. *Progr. médic.*, 13 juin 1896.

Hamilton. — L'abus de l'oophorectomie dans les maladies du système nerveux. *N. York med. Journ.*, 18 février 1892.

Hartmann. — Discussion sur les psychoses post-opératoires. *Bulletin de la Société de chirurgie*, n° 14, 1898.

Hegar Alf. — De la relation des affections sexuelles avec les maladies nerveuses et la castration dans les névroses. *Stuttgard*, 1884.

Hermance. — Guérison d'une maladie mentale par introduction d'un faux testicule chez un individu mono-cryptorchide. *Ann. Journ. of Insanity*, avril 1895.

Herringham. — Observation de troubles mentaux après les opérations. *Saint Barthol. hosp.*, XXI, 1885.

Hobbs. — La gynécologie chez les aliénés. *Americ. med. surg Bull.*, 28 mars 1895.

Hochwart (Frankl.). — Les psychoses, suite d'opérations sur les yeux. *Jahrbl. f. Psych.*, IX, 1892.

Hofmokl. — Aphonie et aphasie par le chloroforme. Emploi des courants constants. Guérison. *Ann. méd. psych.*, t. V, 5e série, p. 440, 1871.

Horrocks (W.). — Ovariotomy followed by mélancholia. *Med. Press. e Circ. London*, n° 3, LVII, 352, 1894.

Hurd. — Post fébrile insanity. *Americ. journ. of Insanity*, July, 1862.

Icard. — De l'état psych. de la femme à la pér. menstruelle considéré plus spécialement sous le rapport de la morale et de la médecine légale. *Thèse Paris*, 1889.

Edward Ill. — Acute psychoses following gynecological operations, *Pittsburg med. Journ.*, 16 janvier 1888.

Jacobs. — Folie post-opératoire. *Presse médic. Belge*, 1894.

— Opothérapie ovarienne. *La Polyclinique*, n° 23, 1896.

Jayle. — Opothérapie ovarienne. *Presse médicale*, 9 mai, 29 août 1896.

JAYLE. — Effets physiologiques de la castrat. chez la femme. *Revue de gynécol. et de chirurg. abdom.*, mai-juin 1897.

JOFFROY. — Folie post-opératoire, *Presse médicale*, mars 1898.

JONAS. — Trois cas de folie post-opératoire. *West. M. Rev. Lincoln Web.*, p. 125, 1897.

JONES. — Insanity after ovariotomy. *Lancet*, p. 633, 1885.

KAARSBERG (F.). — Morbus mentalis opstaet efter en amputatio uteri supravaginalis. *Nord. med. ark. Stokolm*, XIX, nos 22, 13, 18, 1887.

KEITH. — On the treatment of uterine tumors by electricity. *Brit. med. Journ.*, p. 1281, 1889.

KIERNAN. — Mental symptoms after surgical opérations. *Médical Standard, Chicago*, septembre 1891.

KONE MC. — Acute mania following laparotomy for hysterectomy and ingraligamentous cyst. *Méd. Sentinel Portland*, 1894.

KÖNIG. — Effets toxiques de l'iodoforme. *Centralblatt für Chirurgie*, nos 7 et 8, 1882.

KRAFFT EBING. — Traité clinique de Psychiatrie. *Traduction Laurent*, Paris, 1897.

KREUTZMANN (H.). — Acute mania with fatal résults following ovariotomy. *New-York med. Record.*, t. I, fasc. II, février 1889.

KRÖMER. — Beitrag zur castrations frage. *Allgem. Zeit. für Psych.*, Band, LII, Heft I, 1895.

LANDESBERG. — *Centralblatt für Augenheikunde*, 1885.

LANNE. — Du délire consécutif à l'opération de la cataracte. *Gaz. des Hôp.*, n° 57, 1863.

LANPHEAR. — Insanity following opérations, 1891.

LAWSON TAIT. — Traité clinique des maladies des femmes. *Traduction Varmer. Weiss et Martin, Paris*, 1891.

LE DENTU. — Des délires post-opératoires. *Méd. mod.*, nos 4 et 5, janvier 1891.

LEE R. — Manie consécutive à des tentatives de dilatation du col utérin chez une femme stérile. *Journal de méd. ment. de Delasiauve*, t. VII, p. 341, 1867.

LÉVIS. — Des troubles de la menstruation dans les maladies du système nerveux. *Thèse Paris*, 1897.

LEVISON. — On a case of prédisposition cerebral disturbance manifested ofter the extraction of stumps of teeth. *Lancet*, 1850.

LEYDEN. — Hystérique de trente ans ayant subi sept opérations graves. *Berlin. Klin. Woch.*, 28 novembre 1892.

LISSAC. — Traitement des troubles consécutifs à la castration. *Thèse Paris*, 1896.

Lœwenfeld. — A propos des névroses dites traumatiques. *Munchener médic. Woch.*, 17 septembre 1889.

Löwy Rudolf. — Geisstesstörung nach cataractextration. *Allg. Zeit. für Psych.*, Band. LII, Helft, 1895.

Loiseau. — De la folie sympathique. *Thèse Paris*, 1856.

H. Lossen et Furstner. — Accès de manie durant six semaines, consécutif à une hystérectomie. *Berlin, Klin. Wochen*, n° 34, 23 août 1888.

Ludlam. — Acute mentale and nervous désorders following abdominal opérations *Clinique, Chicago*, XIII, 357, 361, 1892.

Luys. — Des folies sympathiques consécutives aux opérations gynécolog. *Ann. de Psych. et d'Hypnol.*, juin 1893.

Luzzati. — Forme légère d'excitation psychique à la suite d'une opération endo-nasale. *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, t. XXIII, n° 2, p. 113, février 1897.

De Luzemberger. — Anatomie pathologique du traumatisme nerveux. *Annali di neurologia*, fasc. 5, 1897.

Mackenrodt. — Ve Congrès de la Société allemande de Gynécologie. *Breslau*, 1893.

Macpherson Lawric. — Deux cas d'hystérectomie suivis de folie. *British medic. journ.*, 19 janvier 1895.

Mainzer F. — Vorschlag zur Behandlung des Ausfallsercheinungen nach Castration. *Deutsch. médicin. Woch.*, 19 mars 1886.

Mairet — Rapport entre les lésions de la sph. génitale et l'aliénation mentale. *Montpellier medical*, 1880-1881-1882.

— Folie post-opératoire. *Bulletin médical*, 28 août 1889.

Magne. — *Bulletin de thérapie*, p. 463, 1863.

Manton. — Chirurgie abdominale chez les aliénés. *Americ. Journ. of Obst.*, novembre 1892.

Marc. — Etude critique sur l'étiologie et le traitement chirurgical de l'hystérie, à propos d'un cas d'hystérie consécutif à une ovariotomie. *Thèse, Montpellier*, 1895-1896.

Marcacci. — Di una ciste ovarica e della susseguente ovariotomia ; morte per paralis intestinale. *Revist. Sperim, Firenze*, XLI, 144-176, 1878.

Marchionneschi. — De la castrat. et de la salpingectomie chez les femmes hystéro-épileptiques. *Ann. d'obst.*, août 1889.

Margoliès Kaménetzky (Mme). — Troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme (étude pathogénique). *Thèse, Paris*, 1898.

Marlier. — La folie post-opératoire. *Thèse, Paris*, 1897.

Marrel. — Les phobies. Essais sur la psychologie pathologique de la peur, 1895.

Marro. — Sur les différ. étiolog. dans la folie chez l'homme et chez la femme. *Giornal Accad. di medic., Torino*, mars 1893.

Marshall. — Insanity cured by castration. *Med. and. Surgic report.*, 1894.

Martin (N.). — Des accidents reflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire, Paris, 1888.

Martin (G.). — Délire consécutif à l'opération de la cataracte. *Journal d'oculistique de Bordeaux*, 1894, nos 2, 4, 5.

Marx. — Sur quatre cas de folie post-opératoire. *Revue médicale*, n° 204, 1898.

Mathieu. — Un cas de goître exophtalmique consécutif à l'ablation des ovaires. *Gaz. des Hôp.*, juin 1890.

Mattison. — Dangers de la cocaïne. *Tribune médicale*, 1er janvier 1888.

Maurange. — Les psychoses post-opératoires. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 30, 1898.

Mauton W.-P. — Post operative insanity, especially in women. *Clin. J. Lond.*, p. 334-336, 1897.

Mayer. — Phénomènes mentaux et nerveux consécutifs aux opérations, juin 1897.

Mayor Herbert. — Causes de l'aliénation mentale. *Ann. médico psychol.*, p. 500, 1885.

Mercklin. — Folie de la puberté. *Ann. méd. psych.*, mai 1888.

Michaux. — Délire chloroformique. *Thèse doct., Paris*, 1886.

Michéa. — De la lypémanie dans ses rapports avec les affect. des org. génitaux. *France médicale*, 1856.

Miraillé. — De la neurasthénie traumatique. *Trib. méd.*, 15 nov. 1894.

Mond R. — Kurze Miheilungen über die Behandlung der Beschwerden bei natürlicher oder durch opération veranlasster Amenorrhœ mit Eierstocksconserven. *Münch méd. Woch.*, avril 1896.

— — Organothérapie par l'ovaire. *Münch méd. Woch.*, 8 sept. 1896.

Montfort. — Deux observations de kystes de l'ovaire. Ovariotomie. Guérison. *Arch. Tocol.*, p. 673, 1886.

Monod. — Discussion sur les psychoses post-opératoires. *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. XXIV, n° 12, avril 1898.

M' Mordie W.-K. — Three cases of operation for abdominal tumours. *Lancet*, p. 1169, 1889.

Morel. — Traité des dégénérescences, 1857.

— Du délire émotif. *Arch. gén. de méd.*, 1866.

Morselli. — Notes sur les psychoses cocaïniques et sur leurs variétés nosographiques. *Riforma med.*, 27 mai 1896.

MOSHER. — Mélancolie guérie à la suite d'une pleurésie. *Am. Journ. of Insanity*, octobre 1891.

MOSSO. — La peur, la fatigue, 1894.

MOYER. - The nervous and mental phenomena following surgical opération. *Medic. Detroit*, p. 441, 1897.

MURET. — De l'organothérapie par l'ovaire. *Soc. Vaudoise de méd.*, 18 juin 1896.

MUSIN. — Folie consécutive aux traumatismes opératoires sur le système général de la femme, *Thèse, Lille*, 1895.

NÆCKE — Infl. de la menstruat. sur les psychoses chroniques. *Arch. f. Psych* Bd., LI.. Heft, 4, 1894.

OPENHEIM H. — Les névroses traumatiques, *XVIIIe Congrès chirurg. Allem.* 1888.

OSTERMAYER. — Durch gynoekonogische Behandlung geheilte Psychose. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatria*, juin 1892.

PACKARD. — Du choc chirurgical. *New-York Stat. med. Soc.*, 2 février 1891.

PAGÈS. — De la ménopause et de son influence dans la production de l'aliénation mentale. Paris, 1876.

PAMARD. — Inutilité de l'abl. des ovaires pour la guérison de l'hystérie. *IXe Cong. franç. de Chirurgie.* 1895.

PARINAUD. — Psychoses consécutives à l'extraction de la cataracte. *Journ. de Méd. et de Chirurg*,, août 1890.

PÉAN. — Les résultats éloignés de la castrat. utérine par voie vaginale dans les suppurat. pelviennes. *Congr. internat. de gynécol. et d'obst. Genève*, août-sept. 1896.

PERON. — Contribution à l'étude du délire post-opératoire. Du rôle de l'auto-intoxication. *Thèse de Bordeaux*, 1893.

PERETTI J. — Le traitement gynécolog. dans ses rapports avec les affections mentales. *Berlin. Klin. Woch* , mars-août 1882.

PICHEVIN. — Des abus de la castration chez la femme. *Thèse, Paris*, 27 juin 1888.

L.-F. PICCOLA. — Psicosi di causa traumatica. *Ann. médico-psychol.*, 1892.

PICQUÉ et BRIAND. — Sur le délire psychique post-opératoire. *Communicat. à la Société de Chirurgie, Paris*, mars 1898.

PICQUÉ et FEBVRÉ. — Contribut. à l'étude du délire d'origine sympathique. *Ann. médico-psychol.* 1893.

PIÉCHAUD. — Interventions chirurgicales chez les aliénés. *Congrès des aliénistes, Bordeaux*, 1895.

PIERACCINI. — Piazza post-operatione. *Gazetta del manicomio di Macerata*, nov.-déc. 1893.

PINESSE. — Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes, etc. *Thèse, Paris*, 1894.

PITRES. — Etudes sur les sensations illusoires des amputés. *Ann. méd. psych.*, pp. 1 et 177, janv.-mars 1897.

PLEISCHL. — Uebes aether und choroform. Einathmunhen als Ursache von Psychopathien. *Wien med. Wochensch*, 1872.

PŒHL ALEX. — Effets physiolog. et thérapeut. de la spermine. *Acad. des Sc.*, 6 décembre 1897.

POLAILLON. — Fibro-myome du corps de l'utérus. Hystérectomie abdominale. Guérison. Aliénation consécutive à l'opération. *Union méd.*, 22 octobre 1889.

POTAIN. — De l'hystéro-traumatisme interne. *Sem. méd.*, 9 décembre 1891.

POTHERAT. — Discussion sur les psychoses post-opératoires. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XXIV, n° 14, 1898.

POZZI S. — Complications de l'ovariotomie. *Gaz. méd., Paris*, 9 août 1890.

PRAUD. — Troubles névropathiques consécutifs à l'ablation de l'utérus et des annexes. *Thèse, Paris*, 1895.

PRENGRUEBER. — Une ovariotomie chez une hystérique. *Bulletin médical*, p. 787, 1887.

RABEC. — Des suppurat. en général et des parotidites suppurées en particulier, au point de vue de l'évolut. de cert. maladies mentales. *Thèse, Paris*, 1882.

RAFFEGEAU. — Du rôle des anomalies congénitales des org. génitaux dans le développement de la folie, chez l'homme. In-4°, Paris, 1884.

RAYMOND. — Albuminurie et psychoses. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 13 juin 1890.

RECLUS. — Complication des plaies. *Traité de Chirurgie*, t. I.

E. RÉGIS. — De la folie sympathique liée au processus physiol. et patholog. des org. de la génération. *Journ. méd., Bordeaux*, 1883.

— Cas de folie consécutive à une ovaro-salpingectomie. *Journ. méd., Bordeaux*, 10 septembre 1893.

— Folie sympathique. *Dictionn. Encyclop. des Sc. méd.*

RÉGIS et CHEVALIER-LAVAURE. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales. *Congr. des Méd. aliénistes*, août 1893.

REMFRY. — Collapse after ovariotomy, transfusion : recovery. *Lancet*, 1892, p. 1219. *Anal. in Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 10 décembre 1892.

RÉMY (de Nanterre). — Effets du traumatisme chez le vieillard et en particulier du choc prolongé à forme nerveuse. *Congr. franç. de chirurgie*, oct. 1897.

Ricard. — Délire traumatique. In Le Dentu et Pierre Delbet. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. I, pp. 79, 84, 1896.

Richards. — Insanity after oophorectomy. *Brit. med. Jour.*, p. 995, 1893.

Richelot. — Discussion sur les psychoses post-opératoires. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XXIV, n° 11, mars 1898.

Ricklin. — Accidents toxiques à la suite de l'emploi de l'iodoforme dans la pratique chirurgicale. *Gaz. méd.*, n° 19, 1882.

Robert. — Délire nerveux des blessés comparé à celui des ivrognes. Discussion à la Société de médecine de Paris, séances des 19 avril et 3 mai 1850. *Ann. médico psych.*, 2e série, p. 701, 1850.

Robin G. — Troubles psychiques consécutifs aux maladies de l'oreille. *Encéphale*, 1884.

Roger. — Physiologie pathologique du choc nerveux, *Arch. f. Psychiatrie*, 1893.

Rohé S. — De l'étiologie des troubles mentaux consécutifs aux opérat. gynécologiques. *N.-York med. Journ.*, 14 oct. 1893.

Rossignol. — De l'intoxication iodoformique. *Thèse, Paris*. 1890.

Rota. — De l'influence des lésions physiques et des affections organiques sur les formes du délire chez les aliénés. In-4°, Paris, 1847.

Routier. — Discussion sur les psychoses post-opératoires. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XXIV, n° 14, 1898.

Russel. — The after effects of surgical precedure on the generative organs of females for the relief of insanity, *Brit. med. Journ.*, p, 770, 1895.

Saussol. — Varicocèle et hypocondrie. *Thèse, Paris*, 1897.

Savage. — Folie à la suite d'anesthésie. *British med. Journ.*, 1887.
— — Névroses associées à la ménopause. *London med. Soc*, 30 octobre 1893.

Schœffer. — Influence des psychoses sur la menstruation. *Allgem. Zeit für Psych.*, B. L.-H. 5, 1893.

Schulze. — Ueber neurosen und. neuropschosen nach. Trauma. *Volkm, Samml. Klin. Vortr.*, n° 14, 1891.

Schrœtter. — De morbis animi præcipue in combinatione vulnerum. 1804.

Schwob. — Contribut. à l'étude des psych. menstruelles considérées surtout au point de vue médico-légal. *Thèse, Lyon*, 1892.

Sears. — Sur la folie consécutive aux opérations chirurgicales. *Boston med. and surg. Journ.*, 29 juin 1893.

Sécheyron. — État mental de la femme dans les affections génitales. *Arch. méd. de Toulouse*, août 1896.

SEELIGMANN. — Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs aux opérations gynécol. *Thèse, Nancy*, 1896.

SEGLAS. — Leçons sur les maladies mentales.

SEGOND. — Des folies sympathiques consécutives aux opérations gynécolog. *Ann. de Psychiatrie et d'hypnologie*, n° 11, p. 1871. 1893.

— Discussion sur les psychoses post-opératoires. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XXIV, n° 11, mars 1898.

SERRIGNY. — Psychoses génitales : troubles mentaux dépendant des affections utérines. *Thèse, Lyon*, 1895.

SHAW. — Chirurgie et aliénation. *St. Barthol. Hosp. Rep.*, XXVIII, p. 55, 1892.

SHEPHERD. — Manie post-opératoire. *The Interna. Journ. of the med. Sc.*, décembre 1888.

SHIPPS. — Folie passagère à la suite de l'ouverture d'un abcès. *Medical and surgical reporter. Bulletin Médical*, n° 50, p. 606, 1891.

SICHEL. — Espèce particulière de délire sénile qui survient quelquefois après l'opération de la cataracte. *Journal de médecine mentale de Delasiauve*, t. III, p. 68, 1863.

CHRISTIAN SIMPSON. — Sur la folie post-opératoire. *Arch. neurologie*, août 1897.

SKAE. — Folie traumatique tardive. *Edinburgg med. journ.*, 1886.

SMITH. — Ovariotomie chez une aliénée. *The Journ. of ment. sc.* July 1886.

SOUSA REFOIOS. — Alienaçâo mental apos a extraçâo de cataracta dupla. *Rev. de med. e cirurg.*, Lisbonne 1894.

SPRAGUS. — Un cas de manie aiguë consécutif à une lacération du col utérin et du périnée. *Americ. med. surg, Bull.*, 2 mai 1895.

SPRATLING. — Sur les époques physiologiques qui prédisposent à la démence. *Med. record.*, 14 décembre 1895.

STONE. — Résultats psychiques des opérations gynécologiques. *Journal of Americ med. assoc.*, 30 août 1890.

SELDEN, H. TALCOT. — Le traumatisme dans ses rapports avec la production et avec la guérison de la folie. *Americ Journ. of Insanity*, avril-juillet 1888.

TAMBRONI. — L'oophorothérapie dans les maladies nerveuses et mentales. *Accad. delle Scienze mediche di Ferrara*, 1896.

G. THOMAS. — De la manie aiguë et de la mélancolie consécutives aux opérations gynécologiques. *Med. News*, 13 avril 1888.

THOMAS-MORTON. – Ablation des ovaires comme traitement de la folie. *Americ. Journ. of Insanity*. Janvier 1883.

THYSSEN. — Hystérie traumatique. *Thèse*, 1888.

TILLEBROWN. — Les troubles mentaux consécutifs aux opérations en gynécologie. *Americ Journ. of Obstetric.*, janvier 1888.

TILLOT. — De la lésion et de la maladie dans les affections chirurgicales du système utérin. *Thèse de Paris*, 1860.

TISSIER. — De la castration de la femme en chirurgie. *Thèse, Paris*, 1885.

TOULOUSE. — Les causes de la folie.

TRÉLAT. — Des causes de la folie. *Ann. méd.-psych., Paris*, 1856.

TUSSAU. — De l'iodoformisme chirurgical. *Sem. médic.*, 4 novembre 1899.

TRUELLE. — Etude critique sur les psychoses dites post-opératoires. *Thèse de Paris*, 30 mars 1898.

TUFFIER. — Discussion sur les psychoses post-opératoires. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XXIV. n° 15, mai 1898.

VALLON. — Paralysie générale et traumatisme. *Thèse doctorat, Paris*, 1882.

VALUDE. — Réveil d'un état de mal hystéro-épileptique avec délire à la suite d'une opération chirurgicale. *France médicale*, n° 10, 1884.

VAN HASSEL. — Folie post-opératoire. *Société Belge de gynécologie*, 1894.

VAUGHAN. — Les relations des maladies pelviennes avec les troubles psychiques chez la femme. *Med. News*, 27 avril 1894.

VÈNE. — Délires post-opératoires. *Thèse, Paris*, 1881.

VERNEUIL. — Délire nerveux post-opératoire, *Mém. Chirurg.*, t. III, p. 144, 1884.

VOISIN A. — Délire de persécution ; kyste dermoïde de l'ovaire, laparatomie, disparition des troubles mentaux. *Jour. de méd., Paris*, 17 mars 1896.

WALTHER. — Discussions sur les psychoses post-opératoires. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XXIV, n° 11, mars 1898.

WEBSTER. — Aliénation mentale déterminée par l'emploi du chloroforme. *Ann. médico-psycholog.*, t. III, p. 108, 1851.

WEISS. — Troubles nerveux et psychiques après la castration double, chez l'homme. *Wien. med. Presse*, n°s 22 et 25, 1890.

WERTH (de Kiel). — Des psychoses apparaissant à la suite d'opérations sur l'app. génit. féminin. *Berlin Klin. Woch.*, 27 août 1888.

WHERRY. — A case of trephining in depressed fracture of the skull, with paralysis, followed by a périod of insanity ; complet recevery (With sequel). *Brit. med. J. London*, II, 1015, 1885.

WILLIAM A. WHITE. — Les bases physiques de la folie et la diathèse de la folie. *Americ. Journ. of Insanity*, avril 1894.

WIGLESWORTH. — On uterine disease and insanity. *Journ. ment. Sc., London*, 1884.

WILSON. — Complications mentales consécutives aux opérations. *Med. News*, 9 janvier 1897.

WOOD. — University médical magazine, décembre 1889.

WORCESTER. — La folie puerpérale est-elle une forme distincte de la folie ? *Americ. Journ. of ment. Science*, juillet 1890.

WORD. — Insanity after acute surgical or medical affections. *Brit. med. Jour.*. p. 250, 1890.

ZIEM (de Dantzig). — Rapports entre les affections nasales et mentales. *Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, t. XXIII. pp. 204-217, 1897.

ZUKOWSKI. — De la castration dans l'hystérie. *Wien. med. Wochen*, 4 juillet 1890.

Discussion de la question et communications qui s'y rapportent

M. RÉGIS (de Bordeaux)

Ainsi qu'en témoigne l'excellent rapport de M. Rayneau, si documenté et si précis, un désaccord profond règne encore parmi nous sur la question des troubles psychiques post-opératoires.

Ce désaccord provient en grande partie, à mon sens, de ce que la plupart de ces troubles psychiques naissent et évoluent dans les hôpitaux et qu'un petit nombre seulement aboutissent à l'asile. C'est donc dans les hôpitaux et non pas dans les asiles, comme ils l'ont fait jusqu'ici, que les aliénistes doivent surtout les étudier. Quant aux chirurgiens, si bien placés qu'ils soient, ils n'ont pas, pour les caractériser et les classer, toute la compétence nécessaire et c'est pourquoi, malgré le nombre et la valeur des faits produits, la récente discussion de la Société de chirurgie de Paris n'a peut-être pas donné tous les résultats attendus. M. Picqué, qui a compris par avance la portée de l'objection, y a, dans une certaine mesure, répondu en s'associant pour son étude à notre collègue M. Briand. Mais leurs observations ont porté principalement sur des malades d'asiles, j'entends sur des opérés dont le délire, par sa nature et sa persistance, avait nécessité l'internement, c'est-à-dire, en somme, sur une seule catégorie de cas.

Depuis plusieurs années, je me suis livré de façon toute spéciale à l'étude si intéressante des délires hospitaliers et voici, en ce qui concerne ceux qui nous occupent, le résumé de mes constatations.

Dans l'ensemble de ce qu'on appelle troubles psychiques post-opératoires, il faut distinguer deux ordres de faits : 1° les troubles psychiques survenant simplement à

la suite d'une opération ; 2° les troubles psychiques relevant, comme cause principale, de l'opération.

Les premières, folies ordinaires, vésanies dues à la prédisposition, n'ont de commun avec l'opération que la coïncidence. Aussi affectent-ils nécessairement une forme quelconque et c'est pour ce motif que la plupart des aliénistes, qui n'ont guère observé que ceux-là, ont conclu, comme M. Truelle, que les psychoses post-opératoires n'avaient pas de caractère particulier, qu'elles ressemblaient au délire des dégénérés ou même qu'elles n'existaient pas. En réalité, ce ne sont pas là, à proprement parler, des psychoses opératoires et, par conséquent, nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Les seconds, véritables troubles psychiques post-opératoires, répondent, à l'encontre des précédents, à un même type clinique. Ce type clinique est la *confusion mentale.* L'aspect extérieur du malade peut varier ; il peut y avoir dépression, abattement ou, au contraire, agitation et violence ; mais cela tient simplement à la variété de confusion mentale, simple, stupide, aiguë, méningitique, qui est en cause. Au fond, on retrouve dans tous les cas l'élément fondamental de la maladie, c'est-à-dire l'obtusion, l'hébétude, la désorientation d'esprit.

Sur ce fond de confusion mentale, il survient très fréquemment un état délirant.

Cet état délirant se présente avec tous les symptômes de ce que j'appelle le *délire onirique,* que je considère comme caractéristique d'une intoxication, exogène ou endogène (1).

C'est essentiellement, en effet, un délire de rêve. Il naît dans la nuit, dans l'état hypnagogique, est constitué par les associations automatiques et hallucinatoires d'images et de souvenirs antérieurs et lorsque, à un degré plus marqué, il persiste le jour, c'est par une sorte de continuation diurne du rêve délirant, qui s'est prolongé après un réveil resté incomplet.

(1) T. Régis, Note sur les délires d'auto-intoxication et d'infection. *La Presse médicale,* 3 août 1898.

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que ce caractère onirique ou de rêve des délires toxi-infectieux, en particulier du délire post-opératoire, les rapproche absolument du délire alcoolique, dont Lasègue a pu dire : « Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un *rêve.* » Et c'est ce qui explique comment et pourquoi le délire post-opératoire ou délire nerveux des blessés, a pu être pris pendant si longtemps pour du délire alcoolique.

Mais le délire onirique de l'alcoolisme et des états toxi-infectieux n'est pas le rêve du sommeil normal : c'est celui du sommeil pathologique, du *somnambulisme*, au sens clinique et médical du mot. Les intoxiqués délirants ne sont pas des dormeurs ordinaires, assistant passivement et en simples spectateurs aux objectivations cinématographiques de leur automatisme mental ; ce sont des dormeurs actifs, en mouvement. Comme les somnambules, ils vont du rêve parlé au rêve vécu, dans une conscience plus ou moins vague de l'ambiant, passant parfois de leur état second à la réalité, et de la réalité à leur état second, suivant qu'on les interpelle ou qu'on les abandonne à eux-mêmes, qu'ils ouvrent ou ferment les yeux ; comme les somnambules aussi, ils sortent de leur délire par un véritable réveil, n'ayant, en général, qu'un souvenir confus ou nul de leur accès et gardant souvent implantée dans leur esprit, plus ou moins longtemps après guérison, quelque idée fausse, isolée, obsédante, tenace, à la façon des idées fixes hypnotiques.

Enfin, dans certains cas tout au moins, même en l'absence de stigmates hystériques avérés, la suggestion hypnotique peut faire reparaître chez ces malades le souvenir perdu de leur accès.

La symptomatologie des accidents mentaux post-opératoires connue, il faut se demander s'il n'est pas possible d'établir parmi eux une division. Celle qui me paraît la plus rationnelle est la division chronologique, basée sur l'époque d'apparition des troubles psychiques.

Ces troubles psychiques se classent, en effet, pour ainsi dire d'eux-mêmes en trois groupes : 1° les troubles psychiques *immédiats*, qui surviennent aussitôt après l'opéra-

tion ; 2° les troubles psychiques *secondaires*, qui éclatent du deuxième au dixième jour ; 3° enfin, les troubles psychiques *tardifs*, qui n'apparaissent que plusieurs semaines après.

Délires immédiats. — Les délires immédiats, qui succèdent sans transition au sommeil anesthésique, me paraissent dus à l'intoxication chloroformique, agissant à la faveur du shock. La promptitude du délire, sa disparition en général assez rapide, son caractère typique de délire toxique hallucinatoire confus, tout, jusqu'à la saveur prolongée de chloroforme accusée souvent par les malades, semble trahir, en effet, sa véritable origine.

Parmi les cas de ce genre que j'ai pu observer, je citerai le suivant, dû à mon ami le professeur Boursier et que j'ai récemment communiqué à la Société de médecine de Bordeaux (1).

Observation

Allongement hypertrophique du col. — Cystocèle. — Prolapsus au deuxième degré. — Amputation du col, curettage, colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie postérieure. — Troubles psychiques post-opératoires : confusion mentale subaiguë immédiate avec obtusion. — Guérison. — Amnésie de la crise.

« M... (Jeanne), âgée de soixante ans, teinturière, entre à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Boursier, le 16 avril 1898.

La malade n'a d'antécédents héréditaires fâcheux d'aucune sorte. C'est elle-même une femme robuste, calme et sans tendances nerveuses accusées.

Elle a été réglée à quatorze ans. La menstruation, qui durait deux jours et qui était d'abondance normale, s'accompagnait habituellement, de coliques très douloureuses.

Elle a eu une seule grossesse, à trente-cinq ans, d'un premier mariage. Cette grossesse, assez pénible, s'est terminée par une fausse couche de trois mois, due à une chute dans un escalier.

(1) Un cas de Psychose post-opératoire, *Société de médecine de Bordeaux,* 1er juillet 1898.

Les suites de cet accident furent simples : quelques douleurs dans le bas-ventre, une perte de sang peu marquée, sans pertes purulentes, ni fièvre. Le séjour au lit n'excéda pas six jours. A la suite, rien d'anormal, pas même de leucorrhée.

A quarante ans, ménopause brusque. Exposée à un froid très vif dans la neige, en pleine période menstruelle, la malade vit l'écoulement sanguin se tarir subitement pour ne plus reparaître depuis.

Quelque temps après, elle prit une fluxion de poitrine qui paraît avoir marqué le début de l'affection actuelle. Une toux perpétuelle pendant trois mois, avec séjour au lit, amena peu à peu en effet, une sensation de chute que M... combattit dès ce moment en portant un foulard entre les cuisses, comme une sangle, pour soutenir son périnée.

Cet état s'était depuis insensiblement aggravé, mais sans incident notable, lorsque, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, la malade ayant fait un effort pour soulever une bassine très pesante, a senti quelque chose qui craquait. A dater de ce moment, la chute des parties a augmenté considérablement et la paroi vaginale fait issue hors de la vulve.

Il existe en même temps une sensation de tiraillement et de pesanteur dans tout l'abdomen. La miction, qui paraît normale, est cependant gênée dans certaines positions, tandis qu'elle se trouve facilitée par la présence de tampons vaginaux soulevant le bas-fond vésical. L'appareil digestif et le système nerveux sont excellents.

A l'examen de l'abdomen, on trouve un ventre volumineux, à parois fortement adipeuses et sans tonicité.

Cette flaccidité se retrouve dans les organes génitaux externes. La vulve est entr'ouverte, le périnée est saillant. La paroi antérieure du vagin, doublée par la vessie, se présente largement dans l'ouverture vulvaire.

L'effort amène la saillie de la vessie presque entière. A la partie inférieure de la masse herniée, le museau de tanche apparaît petit, effacé, de coloration pâle, avec un orifice cervical punctiforme. On ne voit apparaître par cet orifice aucune espèce de sécrétion.

Le cathétérisme montre une cavité énormément allongée, atteignant onze centimètres et demi. Cette opération est facile et indique un corps légèrement antéversé. La réduction de la masse s'effectue sans difficulté, mais ne peut être maintenue.

L'opération est pratiquée le 22 avril. La malade, tout à fait

normale à ce moment, l'attendait sans appréhension. C'était d'ailleurs une femme vigoureuse, habituée à un travail pénible et dont le système nerveux n'avait rien de bien irritable.

Après les précautions d'usage, M... dont l'utérus a été au préalable dilaté à l'aide d'une laminaire, est anesthésiée au chloroforme. Sa période d'excitation du début est peu marquée, le sommeil est régulier et profond.

On procède d'abord à un léger curettage destiné à aseptiser la cavité de l'utérus. Ce curettage est suivi de badigeonnage iodé.

Le col utérin étant attiré en bas, est incisé circulairement au niveau de l'insertion vaginale, puis décollé au doigt sur une longueur de deux centimètres. Ce décollement est particulièrement difficile en avant à cause de la vessie, dans laquelle par précaution on a introduit une sonde. Le col utérin ainsi disséqué est grêle, fibreux, très mince et peu vasculaire ; par contre, l'insertion vaginale saigne abondamment. Les commissures fendues, le col est divisé en deux lambeaux qui sont enlevés. On procède à la suture des deux muqueuses, vaginale et utérine, à l'aide d'une quinzaine de points au catgut n° 2.

Cette opéation est complétée par une colporraphie antérieure à lambeau ovale, et une périnéorraphie assez étendue d'après le procédé de Doléris.

Enfin, le vagin subit un léger bourrage iodoformé et une sonde à demeure est placée dans l'urètre.

La durée de l'opération a été d'une heure et demie. La quantité de chloroforme employée n'a pas été mesurée, mais elle n'a pas dépassé la dose habituelle.

Dès son réveil, la malade manifeste une excitation considérable. Elle cherche à se lever sans se préoccuper de son état, prenant dans son lit les positions les plus bizarres et inspirant des craintes sérieuses pour l'existence de la suture périnéale. Les observations qui lui sont faites à ce moment ne paraissent produire sur elle aucune impression. Il en est de même de la menace de la faire attacher.

La nuit qui suit l'opération est des plus mauvaises : agitation extrême, paroles incohérentes. La malade se croit chez elle; elle veut se lever pour vaquer à ses affaires et aider son mari. Les infirmières ont toutes les peines du monde à l'empêcher de sortir de son lit.

Beaucoup de vomissements le premier jour. Température et pouls excellents.

Au matin du second jour, l'agitation diminue, mais la malade paraît ne rien comprendre aux questions qu'on lui adresse et n'avoir pas conscience de ce qui s'est passé la nuit. La journée est assez tranquille. Pendant la nuit, mêmes phénomènes que le jour précédent, mais cette fois M... se lève et se promène dans la salle.

Le troisième jour, à la visite du matin, après une verte réprimande du professeur Boursier, la malade manifeste un gros étonnement, niant sa promenade de la nuit, et paraît remplie des meilleures résolutions. Mais dès la disparition des médecins, elle recommence à sortir de son lit, traînant après elle une longue mèche vaginale qui s'est détachée grâce à tous ces mouvements.

Ces accidents cérébraux se sont continués jusqu'au départ de la malade, qui a eu lieu le douzième jour.

Les pansements et les soins ont été reçus par elle très naturellement. Tous ces faits d'agitation nocturne, puis diurne, dont elle n'a pas le souvenir, se sont accomplis sans coordination, sans but, et ont résisté à toutes les médications. A aucun moment, il n'y a eu d'élévation de température. Ni sucre, ni albumine dans les urines. »

Telle est, reproduite textuellement, l'observation prise par M. le professeur Boursier.

Les troubles psychiques de M... continuant après sa rentrée chez elle, je vais la voir, sur la demande de mon collègue et ami, le 10 mai, dix-huit jours après son opération.

Je la trouve dans un état de confusion mentale typique, avec hébétude, paresse cérébrale, obnubilation profonde de la mémoire et de la conscience. Elle n'a qu'un souvenir des plus vagues de sa crise et de son séjour à l'hôpital. Elle se rappelle un peu les deux ou trois premiers jours qui ont suivi l'opération, et insiste en particulier sur ses vomissements et sur l'odeur de chloroforme qu'elle a ressentie et dont elle peut presque encore objectiver la sensation. Mais après, tout est chaos dans son esprit, et elle ne connaît guère de ce qui s'est passé que ce qu'on lui en a dit. Elle croit savoir qu'elle a été attachée, mais on a dû lui apprendre que c'est parce qu'elle criait à l'assassin et

qu'elle se levait tout le temps pour aller fouiller dans le lit des autres. Il lui semble qu'il lui est arrivé à l'hôpital toutes sortes de choses extraordinaires et notamment qu'elle a été transportée dans divers endroits. Elle ignore depuis combien de temps elle est sortie de Saint-André et s'imagine qu'il y a plus d'un mois.

Cette confusion mentale et cette amnésie de la crise s'accompagnent, chez la malade, d'un état anxieux très marqué avec inquiétude gémisseuse portant surtout sur sa santé ; elle croyait être guérie, elle souffre davantage ; elle a peur de rester toujours malade. Pas de délire à proprement parler, ni d'hallucinations.

Mauvais sommeil, avec rêves et cauchemars. Pas d'appétit, langue chargée, un peu de constipation. Tremblement des mains et des lèvres, sans tremblement de la langue. Miction normale. Rien aux urines, sauf une diminution assez notable de l'urée.

J'envoie M... à la campagne et je lui prescris un traitement approprié, consistant en bains, sédatifs, désinfectants gastro-intestinaux. Elle revient dans les premiers jours du mois de juin, sensiblement améliorée. L'anxiété s'est dissipée et il ne reste qu'une certaine inquiétude au sujet de son état abdominal. Le sommeil et l'appétit sont devenus bons. Encore un peu de constipation. L'amnésie de la crise est toujours absolue, mais le souvenir des faits actuels s'opère bien. L'obtusion mentale est beaucoup moindre.

Depuis, l'état est allé toujours en s'améliorant et aujourd'hui on peut considérer la malade comme guérie. Elle a repris toutes ses occupations et ne se plaint plus qu'un peu de son ventre, à juste titre d'ailleurs, car les mouvements désordonnés auxquels elle s'est livrée durant son agitation ont sans doute empêché la guérison parfaite. M. le professeur Boursier a cependant constaté, par un examen récent, que les suites de l'opération étaient, relativement, aussi bonnes que possible. Il va sans dire que M... conserve toujours, au même degré, sa lacune amnésique.

Délires secondaires. — Les délires secondaires sont dus soit à la septicémie, à une infection accidentelle, soit, ainsi que j'ai pu m'en convaincre par des analyses chimiques réitérées, à une auto-intoxication déjà existante ou réalisée, chez certains individus moins résistants, par le shock opératoire. Ce sont les plus fréquents et les plus typiques.

En voici un cas, observé par moi en 1893 dans le service de M. Dudon à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, un des premiers qui m'ont mis sur la voie de la véritable nature des psychoses post opératoires.

Observation

Taille hypogastrique pour calcul urinaire. Au sixième jour, commencement de troubles psychiques, puis accès de confusion mentale, hallucination aiguë coïncidant avec de l'insuffisance rénale. Guérison.

Le malade qui fait l'objet de cette observation est un ecclésiastique âgé de 68 ans, qui se présenta à la consultation de M. Dudon au mois de décembre 1892. Les renseignements qu'il fournit ayant fait soupçonner l'existence d'un calcul, on pratiqua sur-le-champ l'exploration qui révéla en effet la présence d'un gros calcul vésical.

L'abbé X... n'a pas d'antécédents héréditaires fâcheux. Ce qui domine, dans sa famille, c'est l'arthritisme.

Ses antécédents personnels se réduisent également à quelques manifestations arthritiques. Il était migraineux et hémorroïdaire.

Curé de campagne depuis l'âge de 28 ans, il a toujours mené une vie tranquille, mais pénible physiquement. Il y a 14 ou 15 ans, à la suite de fatigues plus grandes, il eut des douleurs très vives du côté de la vessie et trois semaines après, remarqua la présence d'un calcul assez volumineux dans ses urines.

Les jours suivants, il en rendit plusieurs autres, jusqu'à concurrence de huit, tous à peu près du même volume. Il consulta plusieurs médecins, qui le soumirent à divers traitements médicamenteux.

En novembre 1892, les crises augmentèrent de fréquence et

d'intensité, et c'est ce qui le décida à venir prendre une consultation à Bordeaux.

Une intervention fut reconnue nécessaire et X... s'y prépara avec calme, tranquillité, sans manifester le moindre symptôme nerveux.

L'opération de la taille hypogastrique eut lieu le 25 avril 1893, sous le chloroforme. Elle dura une heure environ. La quantité de chloroforme employée fut de 40 à 50 grammes. Tout se passa normalement, pendant et après et le 2 mai, la plaie abdominale étant en très bon état, on enleva les tubes de Perrier.

Dès ce moment, le malade avait commencé de paraître étrange; il s'inquiétait sans aucun motif de ses dépenses de séjour à l'hôpital, se levait et se promenait dans la chambre sans autorisation du médecin. Son caractère, très doux auparavant, avait totalement changé et avait fait place à une irritabilité, à une mauvaise humeur de tous les instants. Les nuits surtout étaient mauvaises et agitées.

Le 6 mai, après ces prodromes, le trouble mental de l'abbé X... s'aggrave brusquement. Il est en proie à une surexcitation très vive. Il retire sa sonde et arrache son pansement.

Le 8 mai, son excitation est encore plus violente; il a le visage animé, les yeux brillants, la langue et les lèvres sèches, tremblantes, le corps couvert de sueur; il parle sans cesse de façon incohérente, crie, vocifère et cherche à se lever. Un instant même, étant parvenu à s'emparer de sa soutane, il s'habille, sort de sa chambre et est arrêté dans un couloir, se disposant à partir en ville. La peau est chaude, mais sans véritable fièvre.

Je vois le malade à ce moment, sur le désir de mon confrère M. Dudon, et son état est tel que je songe immédiatement à un accès de délire alcoolique aigu. C'est exactement le même tableau. Mais informations prises, je dois me rendre à l'évidence, M. X... est un homme absolument sobre et qui n'a jamais fait de sa vie le moindre excès. Je conclus donc qu'il s'agit d'un délire aigu toxique dont l'origine reste à déterminer.

Sur ces entrefaites, on m'apprend que la quantité d'urine a progressivement diminué dans les derniers jours et qu'elle ne dépasse pas, à ce moment, 400 grammes par 24 heures. Le malade a donc de l'insuffisance rénale et c'est très vraisemblablement à cette auto-intoxication qu'est due sa psychopathie.

Le 9 mai, M. X... est dans une agitation extrême, il présente un aspect quasi-typhique, avec sécheresse et fuliginosités des lèvres et de la bouche.

Le 10 mai, il devient un peu plus calme et promet de rester tranquille « parce qu'il sait qu'il est fou. » La nuit est toujours très mauvaise.

Le 12 mai, la plaie abdominale commence à se fermer et tout va bien de ce côté. Le délire est à peu près continu. L'excitation est à son comble, la nuit surtout.

Le 20 mai, le délire s'apaise par intervalles et il y a à ce moment un peu de lucidité. La nuit, l'excitation est toujours violente.

A dater du 25 mai, la quantité des urines augmente : elle est de 800 gr. à 1,000 gr. par vingt-quatre heures. Les journées sont assez calmes, avec des moments de lueurs, les nuits continuent d'être agitées.

Le 4 juin, abattement profond. Le délire qui a peu à peu cessé le jour ne reparaît que durant la nuit. La quantité d'urine est à peu près normale.

Le 7 juin, le malade peut entretenir une conversation très raisonnable. La lucidité est entièrement revenue. Il se rend compte lui-même que sa mémoire est obscurcie.

Le 14 juin, faiblesse générale. M. X... se lève, mais ne sort pas de sa chambre. La quantité d'urine dépasse un peu la normale.

Le 20 juin, on note une amélioration très notable. Il ne reste, au point de vue mental, qu'une inquiétude assez vive au sujet d'une récidive possible et un certain degré d'obtusion des facultés avec amnésie de la crise.

Le 29 juin, le malade sort de l'hôpital, entièrement guéri. Toute inquiétude morbide a disparu. L'asthénie cérébrale a elle-même diminué. La lacune amnesique persiste seule au même degré.

Ce cas me paraît très probant au point de vue de l'origine auto-toxique de la psychose. On y voit en effet le trouble mental survenir quelques jours seulement après l'opération, avec l'insuffisance rénale, s'accentuer avec celle-ci et finalement s'améliorer et disparaître quand la sécrétion urinaire est revenue à son taux normal. J'ajoute que le malade a été soumis au régime lacté à partir du

troisième jour après l'opération et que l'analyse de ses urines n'a pas décélé la présence d'albumine ou de sucre.

Délires tardifs. — Les délires tardifs eux, sont le résultat d'un déficit de nutrition de l'organisme, sous l'influence de toutes les conditions qui peuvent le produire : suppurations prolongées, décubitus, cachexie, fièvres, etc. Ils se présentent surtout alors sous forme de confusion mentale simple ou asthénique. Ils peuvent aussi, dans certains cas, reconnaître pour cause ou les pansements longtemps prolongés, surtout à l'iodoforme, ou la suppression d'un organe à sécrétion interne, tel que le corps thyroïde ou l'ovaire. Dans ce dernier cas, assez rare d'ailleurs, les troubles psychiques s'accompagnent généralement de phénomènes somatiques assez caractéristiques, en particulier des phénomènes vaso-moteurs qui s'observent si souvent à l'âge critique.

Comme exemple de confusion mentale post-opératoire tardive, je résumerai une observation relatée dans le très intéressant travail de M. Dewey (1) sur ce sujet.

Observation

Il s'agit d'une Irlandaise de 62 ans, mariée, trois enfants, à hérédité négative, rhumatisante, ayant subi le 28 avril 1888, à l'hôpital Saint-Luc de Chicago, une amputation du bras gauche pour cause de gangrène, probablement par thrombose. Son état mental avait été parfait jusqu'à l'opération. Quelque temps après, elle manifesta des troubles psychiques qui la firent admettre le 4 juillet à l'asile de Kankakee. Ce qui dominait chez elle, c'était une obtusion extrême, avec amnésie totale pour tous les faits postérieurs à l'opération et mémoire conservée pour tous les faits antérieurs. Cinq minutes après avoir quitté la salle à manger, elle ne savait plus si elle avait dîné. Elle semblait

(1) R. Dewey : Folie post-opératoire. *Comptes rendus de la Société médico-psychologique américaine,* 1897.

prendre plaisir à lire, mais ayant le livre en main, elle ne pouvait en dire le titre, si on le cachait à ses yeux. Parfois elle se croyait morte, parfois dans une ville étrangère. Lorsqu'une de ses filles venait la visiter, elle était incapable de dire si c'était l'aînée ou la cadette.

Le 1er février 1889, six mois après son admission, la malade mourut d'apoplexie. Pas de lésions apparentes au cerveau. Ventricules distendus par une sérosité sanguinolente. Méninges et choroïde très congestionnés. Cœur sans lésions notables.

Telle est la division qui me paraît la plus rationnelle des troubles pyschiques post-opératoires et telle est l'explication qu'on en peut donner. Dans tous les cas, on le voit, ils sont dus par des voies différentes à un trouble de nutrition, à une intoxication de l'organisme, et c'est ce qui explique leur symptomatologie typique.

Au premier abord, on peut être surpris de voir ranger sous la rubrique commune de délires post-opératoires les délires de la chloroformisation, de la septicémie, de l'auto-intoxication, mais, comme l'avait fort bien fait remarquer déjà M. Mairet, l'intervention chirurgicale ne saurait être réduite au seul moment de l'opération. C'est un ensemble, c'est, si l'on veut, une sorte de pièce avec prologue, scène capitale, incidents, complications et dénouement. Tout ce qui joue un rôle dans cette pièce en fait partie intégrante, en est inséparable et agit évidemment en tant qu'élément, en tant que facteur direct ou indirect, immédiat ou médiat, de l'œuvre opératoire.

Je ne me suis occupé ici que de ce que je considère comme les psychoses post-opératoires vraies, c'est-à-dire de celles qui sont essentiellement dues à l'acte opératoire et qui se manifestent à des échéances, à peu près fixes, sous la forme de confusion mentale toxique avec délire onirique, laissant de côté les folies pures, survenues chez des prédisposés vésaniques simplement à l'occasion d'une opération.

Pour bien faire et sans insister sur ce point, qui demanderait à être traité à part, je dois cependant signaler ce que j'appellerais volontiers des cas *mixtes*, j'entends des cas

où la confusion mentale issue d'une intoxication post-opératoire s'associe à un délire d'origine et de caractère vésanique. On comprend qu'il s'agit alors de prédisposés vésaniques qui sous l'influence du shock opératoire font à la fois ou successivement du délire toxique et du délire vésanique.

A la fois ou successivement, ai-je dit. On peut en effet distinguer là deux ordres de faits : ceux où les deux espèces de délires surviennent simultanément, et ceux où le délire vésanique ne se montre que postérieurement au délire de confusion, soit qu'il le remplace, soit qu'il s'ajoute à lui, en le dominant et en le réduisant de plus en plus.

Il est évident que ces cas mixtes qui, d'une façon quelconque, vont à une vésanie plus ou moins durable, font partie de ceux qui aboutissent à l'asile d'aliénés ; mais c'est ordinairement après avoir perdu leur physionomie primitive, ce qui en altère, au point de vue de l'étude, l'évolution symptomatologique.

On voit qu'il s'agit là d'associations de délire toxique et de délire vésanique absolument comparables à celles indiquées par M. Magnan et ses élèves, avec cette différence qu'ici c'est le plus souvent une intoxication autogène et non exogène qui est en cause.

Voici un fait observé par moi en 1893 et qui montre bien comment, chez une prédisposée vésanique, le délire post-opératoire d'abord franchement toxique et confus peut aboutir par degrés, en s'associant à lui, au délire vésanique. Je crois devoir rappeler, car certains auteurs ont omis de le faire, que c'est la première fois que le traitement par le suc ovarien a été employé contre des troubles nerveux ou psychiques consécutifs à l'ablation chirurgicale des ovaires.

Observation (1)

Hérédité vésanique. Ovarosalpingectomie. Troubles psychiques : d'abord délire hallucinatoire toxique, puis confusion mentale avec mélancolie tendant à prédominer. Traitement par le suc ovarien. Amélioration. Rechute. Suicide.

Mme X..., israélite, mariée, est âgée de trente-cinq ans. C'est une personne d'intelligence moyenne, mais d'un grand bon sens, peu développée physiquement et qui compte, dans une collatéralité assez éloignée, deux précédents d'aliénation mentale. Son père lui-même serait mort de chagrin à soixante-huit ans, à la suite de la perte accidentelle d'un de ses fils. Enfin une de ses sœurs serait morte à trente-huit ans, d'une affection cancéreuse de la matrice. En ce qui la concerne, elle n'a jamais eu de grave maladie et ne présente aucune trace d'alcoolisme ou de syphilis. Mariée il y a quinze ans, elle a fait d'abord trois fausses couches et a eu finalement deux enfants, tous deux vivants et bien portants.

C'est à la suite d'une fausse couche, survenue il y a neuf ans, qu'elle a commencé d'éprouver des troubles morbides du côté des organes génitaux. Ici, je laisse la parole au Dr Loumeau dont je copie textuellement en ce qui concerne la question chirurgicale l'intéressante observation :

« La malade a présenté, depuis cette époque, de la dysménorrhée, des douleurs abdominales, des péritonites multiples et elle a été soignée, à différentes reprises, par la cautérisation du col utérin. Je la vois pour la première fois en avril 1890. Elle est incapable de marcher et même de se tenir debout. Son ventre est volumineux, empâté, douloureux. Au toucher vaginal, on constate un empâtement péri-utérin chaud, sensible à la pression. Au toucher rectal, on trouve une tumeur rétro-utérine bombant dans le rectum, dont elle oblitère parfois complètement la lumière, douloureuse, pulsatile et fluctuante, surtout aux époques menstruelles, déterminant des épreintes rectales et un écoulement glairo-sanguinolent par l'anus.

« Pendant trente mois, décubitus horizontal absolu, injections

(1) Cas de folie consécutive à une ovarosalpingectomie. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1893.

vaginales très chaudes, pansements vaginaux, bains fréquents, vésicatoires répétés sur le ventre, mais impossibilité constante d'instituer un traitement intra-utérin à cause d'une rétroflexion irréductible. En octobre 1892, ventre plat et souple partout, sauf au-dessus du pubis et dans la région iliaque, où persiste un empâtement douloureux. La malade, intelligente, confiante et docile, accepte avec joie l'opération que je lui propose comme devant la guérir.

« *Opération.* — Laparatomie pratiquée le 20 octobre 1892. avec le concours de MM. Monod, chirurgien des hôpitaux, et Duclos, externe des hôpitaux. Cathétérisme préalable de la vessie d'où sort une trentaine de grammes d'urine limpide. Incision médiane de la paroi de quatre travers de doigt ; adhérences péritonéales unissant la paroi abdominale à l'utérus et formant une gangue épaisse, qu'il faut disséquer et réséquer pour pouvoir ramener en avant le fond de l'utérus et les annexes. Ablation totale des ovaires et des trompes ; hystéropexie antérieure par le procédé de Léopold. Suture de la paroi, pansement. Le cathétérisme, pratiqué avec une sonde de verre après la fermeture du ventre, donne seulement issue à quelques gouttes de sang, ce qui fait croire à une lésion de la vessie qui a passé inaperçue pendant l'opération. Réouverture immédiate du ventre. Je constate que la vessie a été réséquée d'un large lambeau correspondant à la portion libre du réservoir vésical. Reste seule la portion adhérente à l'utérus et au vagin. Impossibilité de reconstituer par des sutures une cavité vésicale suffisante. Je suture le péritoine au-dessus de ce qui reste de vessie, de manière à fermer entièrement par en haut la cavité péritonéale et à former au-dessous de cette cavité une loge, close de tous côtés, où je marsupialise le moignon vésical à la paroi abdominale. Puis j'installe les tubes de Périer-Guyon, comme après une taille hypogastrique classique. Durée totale de l'opération une heure et demie. Dose de chloroforme absorbée : 100 grammes.

« *Examen des annexes enlevées.* — Les trompes et les ovaires sont augmentés de volume, congestionnés, mais n'offrent ni kyste, ni abcès, ni épanchement sanguin. A la coupe, on trouve sur le tissu ovarien de petits points blanchâtres qui rappellent l'aspect des tubercules.

« L'examen histologique confié au professeur d'anatomie pathologique de la Faculté, n'a pu encore être pratiqué.

« *Suites opératoires.* — Très simples. La température n'a jamais dépassé 37°5. Toutes les sutures sont enlevées le 3 novembre ainsi que les tubes hypogastriques et je place une sonde de Malécot à demeure dans l'urètre et la vessie. Le 15 décembre, la cicatrisation est complète au-dessus du pubis. La miction se fait normalement par l'urètre, mais pas plus souvent, dit la malade, qu'avant l'opération, car depuis bien longtemps, ajoute-t-elle, elle est obligée d'uriner à tout instant, et ne rendait chaque fois que quelques gouttes, fait sur lequel elle n'avait d'ailleurs jamais attiré mon attention. Cette fréquence préopératoire de la miction s'explique aisément par la diminution de la capacité vésicale, diminution due aux adhérences qui avaient étalé et renversé la vessie contre la paroi abdominale et la face antérieure de l'utérus.

« Depuis l'opération, les règles n'ont jamais reparu et la matrice a conservé l'attitude normale assurée par l'hystéropexie. Plus de désirs sexuels, frigidité absolue. Ventre mou et indolent. La malade marche toute la journée sans éprouver la moindre fatigue. Actuellement, 27 mai 1893, la miction a lieu en moyenne toutes les trois heures ; la vessie peut tolérer 360 grammes de liquide, ce qui paraît invraisemblable étant donné le peu d'étoffe qui a servi à reconstituer le réservoir vésical. »

Tel est, au point de vue chirurgical, le résumé de l'observation que M. Loumeau se propose de publier à part et d'une façon tout à fait détaillée, en raison des nombreux points d'intérêt qu'elle présente. Abordons-en maintenant le côté mental.

Le 28 octobre 1892, huit jours après l'opération, Mme X... qui n'avait rien offert d'anormal jusque-là, fut prise assez brusquement de troubles psychiques qui, tout d'abord, se présentèrent avec les allures d'un délire toxique, caractérisé par des hallucinations de la vue de nature terrifiante. Elle voyait Béhanzin dans son lit, apercevait des têtes de mort, des fantômes et croyait que diverses personnes, notamment les médecins qui l'avaient assistée, étaient cachés derrière les rideaux ou dans la cheminée. Au bout de quelques jours, ces phénomènes disparurent, mais le trouble mental se modifia en s'accentuant et la malade est tombée ainsi progressivement dans une

sorte de confusion d'esprit avec torpeur intellectuelle et physique, idées mélancoliques et hallucinations. Elle s'imagine qu'elle a de mauvaises idées, qu'elle pense et dit du mal de tout le monde sans le vouloir et malgré tous ses efforts pour s'en empêcher. Pense-t-elle à une personne, parle-t-on devant elle d'une connaissance ou d'un ami, ou simplement aperçoit-elle quelqu'un, même pour la première fois, aussitôt une suggestion malveillante à son égard surgit dans son esprit. De même, si on lui adresse la parole ou si on parle en sa présence, certains mots prononcés se fixent en elle, y font écho et déterminent contre son gré un courant automatique de réflexions de même nature. Cela la désole au plus haut point et d'autant plus qu'elle proteste avoir toujours été une honnête femme, incapable de la moindre médisance et de la moindre mauvaise action. Sous l'influence de son chagrin de se voir ainsi le jouet d'idées répréhensibles contre lesquelles elle lutte vainement, elle a cessé toute occupation, a perdu le sommeil, l'appétit et a presque, à un moment, désiré mourir ; en un mot, elle est tombée dans un état de véritable mélancolie, conservant néanmoins toujours un certain degré de conscience et de lucidité. Parfois elle est excitée, ne tient pas en place, se met en colère, invective et frappe ses enfants ou, s'injuriant elle-même, elle s'écrie en se frappant la tête : « Que dis-tu ? Quelle est ta pensée ? C'est affreux ! » D'autres fois, elle reste de longues heures inerte et passive sur sa chaise, comme absorbée dans sa méditation.

Cet état mental s'aggrave peu à peu et lorsque je vois pour la première fois la malade, le 14 mars 1893, je la trouve distraite, à demi-hébétée, répondant à peine, comme étrangère aux choses ambiantes et uniquement préoccupée des agitations de sa pensée. En l'examinant avec soin, je constate qu'elle ne prononce pas réellement, comme elle le croit, des paroles compromettantes, mais qu'elle les formule intérieurement, en un langage purement mental. Il s'agit là, chez elle, du premier degré de ces hallucinations psycho-motrices verbales, si bien mises en lumière par M. Séglas et sur lesquelles j'ai déjà appelé ici l'attention dans un travail récent. Lorsqu'en effet il lui vient à l'idée quelqu'une de ces suggestions malveillantes ou injurieuses qu'elle se reproche, la stimulation du centre cortical moteur du langage qui l'accompagne est telle que cette suggestion tend spontanément à se traduire sous forme articulée, c'est-à-dire en une hallucination orale ; mais l'articulation ne dépasse pas ici le premier degré, à savoir la formulation purement inté-

rieure, tandis que, dans bien des cas, elle va, comme on sait, jusqu'à la reproduction extérieure mais muette des mouvements de la parole et parfois même jusqu'à la prononciation à haute voix (impulsion verbale). La malade a en même temps quelques hallucinations psycho-sensorielles auditives. Elle entend des chuchotements, venant soit de l'étage au-dessus, soit du dehors ; mais ces voix, confuses et difficilement appréciables, sont bien loin d'avoir pour elle l'importance des voix intérieures, des hallucinations psycho-motrices. Celles-ci représentent véritablement l'élément prédominant de sa folie, l'objet de ses constantes préoccupations, et elles l'entretiennent dans un état permanent de tristesse, de distraction et de frayeur. A certains moments même, elle va, comme nous l'avons vu, jusqu'à se frapper la tête pour s'empêcher de mal penser et il lui arrive d'arrêter sa respiration en gonflant son ventre et en fermant ses lèvres avec effort pour étouffer cette sorte d'écho mental intérieur qui lui est si pénible. Elle mange avec difficulté et fait des scènes pour se mettre à table ; elle est constipée et ne dort pas.

C'est dans cet état que M[me] X... se présenta à mon observation. Si son trouble intellectuel offrait par lui-même quelque intérêt, il en présentait un bien plus grand encore par le fait de son origine. Tout en reconnaissant en effet la large part qui revient ici à l'hérédité comme cause prédisposante, il est évident que le motif véritablement occasionnel, déterminant de la maladie a été l'opération chirurgicale, agissant par l'action complexe du traumatisme physico-moral, de l'agent anesthétique, et principalement peut-être par les modifications biologiques apportées dans l'économie par la suppression d'organes aussi importants que les ovaires, ainsi que cela a lieu, on le sait, à la suite de l'ablation du corps thyroïde. Aussi, M. Loumeau et moi pensâmes-nous qu'il n'y avait aucun inconvénient et qu'il pouvait même y avoir avantage à essayer chez la malade des injections sous-cutanées de suc ovarien, comme on a fait nombre de fois déjà et avec succès des injections de suc thyroïdien dans le myxœdème, spontané ou opératoire. Pour réaliser ce mode de traitement avec toutes les garanties désirables, nous eûmes recours à l'obligeance de M. le D[r] Ferré, professeur de médecine expérimentale à la Faculté, qui voulut bien se charger de préparer lui-même le liquide ovarien avec le filtre à pression carbonique de d'Arsonval et de pratiquer les injections dans les conditions d'asepsie les plus rigoureuses.

Les injections, commencées le 5 avril, ont été continuées

journellement et pour ainsi dire sans interruption jusqu'à aujourd'hui. Faites dans la région du dos, à des doses variant entre un demi-centimètre cube et deux centimètres cubes et demi de solution au 1/10, elles n'ont jamais été suivies de phénomènes douloureux, d'accidents locaux, ni de réaction générale fâcheuse. Voici, du reste, à peu près textuelle, la note détaillée que mon excellent ami le professeur Ferré a bien voulu me communiquer et qu'il a rédigée au jour le jour.

« Le 5 avril 1893, injection dans la région intra-scapulaire d'un demi-centimètre cube de liquide ovarien de truie au 1/10, préparé strictement d'après les indications de Brown-Séquard et d'Arsonval, filtré sous pression d'acide carbonique à 56 atmosphères.

Le 6 avril ; injection de trois quarts de centimètre cube.

Le 7 avril : injection d'un centimètre cube. Aucun accident, ni fièvre, ni céphalalgie, ni douleur de la région ovarienne.

Le 8 avril : injection d'un centimètre cube. La malade commence à s'intéresser à ses affaires. Moins de brusquerie et d'accès de colère. Moins de tristesse. Elle s'occupe de ses enfants. Les idées obsédantes restent les mêmes.

Le 9 avril : pas d'injection.

Le 10 avril : un centimètre cube. La malade s'occupe davantage. Ses obsessions paraissent un peu moins intenses : elle en convient elle-même.

Les 11, 12 avril : un centimètre cube. Mme X. ., qui est professeur de piano, a repris ses leçons et s'y intéresse. Pendant qu'elle les donne, elle n'est plus absorbée par ses préoccupations délirantes. Plus de colères. Elle propose à sa fille de lui donner une leçon de piano, ce qu'elle n'avait pas fait depuis longtemps. Elle se met à table volontiers et y cause. Elle donne dans son ménage des ordres sensés. Les idées délirantes persistent toujours.

Les 13, 14, 15 avril : un centimètre cube. Même état.

Les 16, 17 avril : pas d'injection.

Le 18 : injection d'un centimètre cube. Malgré l'absence d'injection des jours précédents, l'amélioration se maintient.

Les 19, 20 avril, jusqu'au 3 mai : injection d'un centimètre cube de liquide chaque jour. L'état physique, l'humeur et les dispositions générales continuent à se modifier en mieux.

Le 3 mai, la malade a été plus excitée. On lui fait une injection d'un centimètre cube et demi de liquide.

Les 4, 5 et 6 mai : deux centimètres cubes. L'excitation s'atténue.

Les 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18 mai : l'injection est poussée à deux centimètres cubes et demi. L'amélioration obtenue persiste en s'accentuant sur tous les points, sauf en ce qui concerne les hallucinations psycho-motrices, qui ne paraissent diminuer que légèrement d'intensité. Une crise d'excitation s'étant même produite le 18, sous leur influence, nous revenons le 20 à l'injection d'un centimètre cube et demi.

Le 21, 22 : pas d'injection.

Le 23 : injection d'un centimètre cube et demi. Les journées des 20, 21, 22 n'ont pas été aussi bonnes et la malade a paru, pendant ce temps, plus tourmentée.

Le 24 : injection d'un centimètre cube et demi. Le calme est plus grand.

Les 25, 26, 27 mai : injection d'un centimètre cube et demi de liquide. L'amélioration persiste et s'accroît.

En résumé. sous l'influence du traitement, l'état d'excitabilité diurne de la malade s'est en grande partie calmée. Elle a repris avec goût ses occupations professionnelles, elle vaque aux soins de son ménage, elle s'intéresse à sa famille, ses forces paraissent avoir augmenté; seules, ses obsessions et ses hallucinations, quoique diminuées en intensité et en fréquence, sont encore très marquées. »

Mes observations personnelles sur l'évolution de l'état mental de Mme X..., que j'ai régulièrement suivie pendant la durée du traitement, concordent avec celles du professeur Ferré. Il est certain qu'une amélioration très notable s'est produite et que cette amélioration, qui porte sur l'ensemble des fonctions nerveuses et organiques, s'étend également aux facultés intellectuelles et affectives qui, autrefois annihilées pour ainsi dire, s'exercent aujourd'hui d'une façon normale, correcte et régulière. Les obsessions et les hallucinations elles-mêmes ont un caractère moins fixe et moins absorbant, ce que la malade traduit en disant « qu'elle a plus de raison » et « qu'elle parvient maintenant à penser à autre chose ». Son mari et sa bonne la trouvent également bien mieux. Auparavant, disent-ils, c'était à ne pas y habiter, tellement elle était insupportable. Elle courait d'une chambre à l'autre, surexcitée, criant : « Mon Dieu ! Mon Dieu ! », se mettait en colère, battait ses enfants, faisait des scènes dans la rue. Maintenant, elle est calme, elle mange bien, elle s'occupe, donne ses leçons sans être distraite, mani-

feste de l'affection pour les siens ; en un mot, elle est beaucoup plus paisible et beaucoup plus raisonnable, et a même eu la semaine dernière, mercredi et jeudi, deux journées excellentes. Néanmoins, elle est toujours très tourmentée « de penser et de parler mal », et ne sachant d'où cela peut provenir, elle s'en prend à sa bonne et à ses voisins, qu'elle invective par instants d'une façon assez grossière. C'est là le point noir de l'observation, car la persistance à ce degré de tels symptômes morbides ne permet pas, malgré l'amélioration obtenue de toutes parts ailleurs, d'affirmer encore aujourd'hui la possibilité d'un rétablissement complet. La malade sera suivie d'ailleurs jusqu'à évolution définitive de son accès.

En résumé, et quelle que puisse être l'issue finale de l'état actuel, le cas n'en offre pas moins, au point de vue mental, plusieurs particularités dignes d'attention, dont les principales sont :

1° L'apparition de la folie, chez une prédisposée, à la suite et à l'occasion de l'ablation chirurgicale des ovaires et des trompes ;

2° La nature du traitement employé qui a consisté à peu près exclusivement en injections quotidiennes du suc ovarien, à la dose d'un demi-centimètre cube à deux centimètres cubes et demi de solution de 1/10, et qui, absolument inoffensif malgré sa durée, a déterminé physiquement et psychiquement des résultats très favorables.

C'est le 2 juin que l'observation ci-dessus fut lue et la malade présentée à la Société de Médecine. Durant les premiers temps qui suivirent, l'amélioration fit de nouveaux progrès et on pouvait raisonnablement entrevoir déjà la possibilité d'une guérison, lorsque, sous l'influence de complications nouvelles dans le mauvais état des affaires de la famille, Mme X... redevint tourmentée, préoccupée, délirante et perdit très rapidement une bonne partie du terrain gagné jusque-là, malgré la continuation du traitement hypodermique. Finalement le 15 juillet, jour qui correspondait à l'échéance d'une traite fortement appréhendée, la malade, ayant pu se soustraire un instant à la

surveillance dont elle était ordinairement l'objet, s'arrosa d'huile de pétrole et se brûla. Elle succombait vingt-quatre heures plus tard, aux suites de ses horribles brûlures, sans paraître souffrir, sans cesser de répéter comme elle le faisait parfois auparavant : « Mais je n'ai rien fait ! »

Cet acte de suicide n'a pas été purement délirant et il est dû en grande partie aux graves préoccupations matérielles qui tourmentaient légitimement M[me] X... et avaient été la cause de sa rechute. Néanmoins, le fait n'en reste pas moins négatif relativement à l'action du suc ovarien dans la folie post-ovariotomique et, à cet égard, il ne permet de conclure dans aucun sens.

L'observation n'en est pas moins intéressante au point de vue clinique. Par le caractère de ses symptômes morbides, dans lesquels on a vu prédominer et se succéder des hallucinations visuelles caractéristiques et la *confusion mentale*, elle constitue, en effet, un argument de plus en faveur de l'origine fréquemment infectieuse ou auto-toxique des psychoses post-opératoires, que j'ai signalée tout récemment au Congrès de Médecine mentale de La Rochelle et qu'un auteur anglais, Butler Smythe (1), vient également de soutenir à l'occasion d'un cas de délire aigu survenu sous l'influence d'une stercorémie accidentelle treize jours après l'opération de l'ovariotomie.

La conception des troubles psychiques post-opératoires que je viens d'esquisser conduit à certaines conséquences pratiques.

Au point de vue *étiologique*, elle explique le fait inexplicable sans cela, de la fréquence prédominante de ces troubles psychiques chez les vieillards, les artéro-scléreux, les alcooliques, après les opérations abdominales, et, à l'inverse, de leur rareté chez les enfants : montrant ainsi que s'il faut être prudent dans les opérations à pratiquer chez les prédisposés vésaniques, il faut être non moins prudent chez les prédisposés auto-toxiques et qu'il con-

(1) Butler Smythe. Acute mania following rupture of the rectum *The Journ. of mental Science*, july 1893.

vient de s'assurer, avant toute grande opération, de l'intégrité et du bon fonctionnement des grands organes éliminateurs.

Au point de vue *diagnostique*. elle montre que ce n'est pas seulement l'élucidation clinique ou symptomatique du problème qui importe, mais aussi son élucidation pathogénique et qu'on doit rechercher, par suite, au moyen surtout de l'analyse chimique, l'agent primitif d'intoxication.

Voici, d'après les indications qu'a bien voulu me fournir M. le professeur Denigès, les procédés susceptibles d'être employés dans les principaux cas.

Si l'on soupçonne une *intoxication chloroformique*, on pourrait à la rigueur rechercher le chloroforme dans l'urine ou le sang, mais en raison de sa petite quantité, cette recherche est difficile. Il vaut mieux s'adresser aux produits expirés. Les produits d'expiration sont lavés dans de l'eau très divisée soit dans un tube à boule, soit sous la pierre ponce. Les produits de dissolution sont chauffés avec de la soude et de la résorcène. Dans le cas de la présence de chloroforme, il se développe une coloration rose ou rouge caractéristique, due à de l'acide rosolique.

Avec l'urine ou le sang, le procédé serait le même. Il consisterait à distiller dans un courant de vapeur d'eau pour amener le produit sous un petit volume et à le traiter ensuite par les mêmes réactifs.

Lorsqu'on soupçonne une *intoxication iodoformique*, il s'agit de rechercher l'iode dans l'urine. Pour cela, l'urine est acidulée avec un peu d'acide sulfurique. Puis on l'additionne de chloroforme ou de sulfure de carbone et de quelques gouttes très étendues d'azotite de soude. L'iode déplacée par l'acide azoteux formé extemporanément, colore en rouge violacé le chloroforme ou le sulfure de carbone.

On pourrait aussi se servir du papier réactif pour la recherche de l'iode dans la salive ou dans les urines, récemment proposé par le professeur Bourget, de Lausanne.

Lorsqu'on soupçonne enfin une *intoxication phéniquée* et

phénolée, on doit rechercher dans l'urine la coloration généralement brune due à des dérivés de la pyrocatéchine. Pour cela, on acidule l'urine, on distille et dans le distillat, on recherche le phénol par l'eau bromée qui donne un précipité jaune rougeâtre, ou par le réactif de Milon qui fournit avec lui une coloration rouge à l'ébullition.

Telles sont, sommairement indiquées, les déductions pratiques qui découlent de notre conception des psychoses post-opératoires. Il faut ajouter, et c'est là le point capital, qu'au point de vue thérapeutique cette conception conduit, à côté du traitement de l'état mental proprement dit, à faire une part importante au traitement de la cause, c'est-à-dire de l'intoxication.

C'est ainsi, par exemple, que dans le cas de psychose post-opératoire supposée due à l'intoxication phénique, on pourrait, comme contre-poison chimique, administrer les sulfates alcalins, tels que le sulfate de soude, par petites prises. Il se forme en effet ainsi des sulfo-conjugués de phénols qui sont à la fois solubles et inactifs.

Je n'ai pas la prétention de croire que les vues que je viens d'exposer au sujet des psychoses post-opératoires emporteront d'emblée tous les suffrages. Mais j'invite mes collègues chirurgiens aussi bien qu'aliénistes, à observer désormais les faits de ce genre, dès leur apparition à l'hôpital, dans le sens d'une intoxication possible, et je ne doute pas de les voir, dès lors, se rallier peu à peu à ma manière de voir.

M. PICQUÉ (de Paris)

MESSIEURS,

Vous avez mis à l'ordre du jour de votre Congrès, une question qui ne pouvait laisser un chirurgien indifférent, à plus forte raison un chirurgien d'asile, et c'est à l'un d'eux qui l'étudie depuis plusieurs années que je vous demande la permission de prendre la parole après notre distingué collègue M. Régis.

La question que vous allez discuter intéresse au plus haut point la chirurgie : il convient de savoir si réellement il est juste, il est légitime, de lui imputer les cas de délires que l'on voit parfois se produire après les opérations chirurgicales et que j'ai eu l'occasion d'étudier dans vos asiles comme chirurgien des asiles d'aliénés du département de la Seine.

Dès le commencement de cette année j'ai porté la question devant la Société de chirurgie. Les trois communications que j'ai faites à ce sujet ont donné lieu à une longue discussion à laquelle ont pris part dix-neuf de nos collègues.

Je ne reviendrai pas devant vous sur cette discussion où la question des psychoses n'a été évidemment étudiée qu'au point de vue chirurgical.

Aujourd'hui, vous avez à juger la question à un autre point de vue, mais j'espère que les nombreux documents que vous avez versés à la discussion (175 cas) pourront servir de base utile à votre discussion et j'aurai garde, en ce moment, de vous suivre sur un terrain spécial où je n'ai aucune compétence.

Mon intention est de n'envisager devant vous que deux des points sur lesquels j'ai surtout insisté à la Société de chirurgie.

Le premier est relatif à une question de classification et je veux y insister d'autant plus que je m'aperçois qu'il existe entre moi et M. Régis une divergence profonde, qui menace de retarder la solution de la question qui occupe actuellement aliénistes et chirurgiens, mais j'espère qu'il n'y a là qu'un malentendu facile à dissiper.

Dans ma communication à la Société de chirurgie, j'ai dit qu'il fallait séparer les psychoses vraies de ce que j'ai appelé les pseudo-psychose sepleteniques me servant d'un terme qui est peut-être critiquable, mais assurément commode.

J'ai dit ailleurs les raisons de cette distinction, et je trouve que M. Rayneau dans son rapport, d'ailleurs si remarquable, n'a pas suffisamment séparé la septicemie des psychoses vraies, distinction qui l'aurait amené à sim-

plifier beaucoup le chapitre qu'il a consacré à la symptomatologie.

Dans sa communication M. Régis a montré qu'il envisage la question à un point de vue bien différent.

Pour lui la psychose vraie n'existe pas et il est bien près d'admettre qu'il n'existe pas d'autres psychoses que celles qui procèdent d'une infection septicémique ou d'une intoxication médicamenteuse, iodoforme et chloroforme.

Pour lui, la psychose post-opératoire est essentiellement un délire d'hôpital, qui ne doit s'étudier qu'à l'hôpital, et non un délire d'asile.

Les divergences ne sauraient être plus profondes entre nous puisque, d'une part, M. Régis pense que mon champ d'observation est mauvais, que ce n'est pas à l'asile mais à l'hôpital qu'il faut chercher les psychoses post-opératoires, et d'autre part, il refuse aux psychoses que j'ai étudiées une place dans les psychoses post-opératoires; par contre il donne le nom de psychose post-opératoire aux formes que je me suis appliqué à séparer d'elles.

Aujourd'hui, je me bornerai à indiquer à M. Régis ma méthode de travail.

J'ai étudié comme lui les psychoses à l'hôpital et ai depuis longtemps l'habitude de prier mes collègues aliénistes de venir à l'hôpital, comme il l'a fait lui-même à Saint-André de Bordeaux, étudier de concert avec moi les formes les plus rares de psychoses qu'on peut y rencontrer. Récemment encore je faisais examiner par un de nos collègues aliénistes l'opéré d'un de nos collègues des hôpitaux qui reconnaissait les signes d'un délire septique dont l'autopsie devait bientôt nous fournir l'origine.

Mais de plus, j'ai étudié les psychoses à l'asile : j'y ai vu, et c'est ce qui me sépare de M. Régis, des formes qui ont peut-être échappé à notre collègue, mais qui sont réelles et qui constituent pour moi les vraies formes de psychoses; je l'ai étudiée également avec des aliénistes et c'est pourquoi j'ai tenu à faire mon travail en collaboration avec M. Briand.

Ce ne sont pas des aliénés, comme le croit M. Régis, chez lesquels j'ai pratiqué des opérations : ce sont des

malades qui ont été opérés dans les hôpitaux ou que j'ai opérés moi-même, et que j'ai fait venir ultérieurement à l'asile pour les y observer à mon aise : mes observations n'ont donc pas porté sur des aliénés opérés à l'asile. J'ai laissé de côté systématiquement la chirurgie des aliénés proprement dite, et je me borne, pour le moment, à signaler ce fait curieux, que l'intervention chez les aliénés internés ne semble pas les prédisposer à la psychose post-opératoire. Pour moi, l'asile fournit le principal champ d'observation pour étudier les psychoses et je tiens à répéter que les délires d'intoxication doivent en être soigneusement séparés. Elles sont parfois difficiles à distinguer, car le foyer septique peut être profond ou très petit. J'en ai observé un cas très intéressant chez un de mes opérés, vieillard de 76 ans, atteint de hernie étranglée, qui a guéri très rapidement à la suite de l'évacuation d'un foyer très fétide de suppuration.

Ne fût-ce que dans un intérêt thérapeutique, cette distinction serait importante à faire, mais elle est encore justifiée par les caractères cliniques de ces deux variétés de psychoses. En insistant comme l'a fait notre collègue sur les caractères de la confusion mentale qui lui font caractériser son délire post-opératoire, ne montre-t-il pas combien est différent le délire d'intoxication qu'il a surtout en vue du vrai délire post-opératoire tel que je veux l'envisager et dont l'une des formes importantes est le délire mélancolique ? Je me propose d'ailleurs de revenir dans une autre communication sur le vrai délire post-opératoire que j'ai appelé tardif parce qu'on le voit surtout à l'asile, mais qui est bien distincte de la variété tardive de M. Régis où il ne trouve aucune origine que le décubitus, la fièvre, l'influence du pansement et la suppression d'organe à secrétion intense.

Le deuxième point sur lequel je désire attirer l'attention du Congrès est l'influence, qu'aux yeux de beaucoup l'opération pratiquée sur la sphère génitale de la femme semble exercer sur la production du délire.

Beaucoup d'autres aliénistes et médecins ont affirmé

cette influence en se basant sur des observations le plus souvent incomplètes.

Récemment encore, dans un travail publié dans le *Bulletin médical* se trouvaient relatées des observations dont les détails concernant les antécédents et la nature de l'intervention sur les annexes sont trop incomplets, pour qu'on puisse en tirer des conclusions précises. Au cours de la discussion de la Société de chirurgie, tous les chirurgiens, sauf MM. Ollier et Ledentu, ont affirmé que les opérations gynécologiques ne prédisposaient pas plus que celles pratiquées dans d'autres régions à l'explosion du délire. La question semble aujourd'hui bien jugée.

Je me contenterai d'ailleurs de rappeler au Congrès les conclusions auxquelles je suis arrivé dans mon travail sur ce point important.

J'ai dit, en m'appuyant sur mon expérience personnelle, que les opérations pratiquées sur l'utérus et les annexes ne prédisposaient pas aux délires post-opératoires tels que je les ai décrits; que dans ces cas, on ne voyait le plus souvent apparaître que des délires septiques, de moins en moins fréquents à notre époque; que par contre on voyait très fréquemment survenir des psychoses à la suite des interventions sur le périnée et le vagin, c'est-à-dire en dehors des organes à sécrétion intérieure.

La raison de cette divergence réside pour nous dans ce fait, que les opérations pratiquées dans ces conditions sont le plus souvent motivées par les phénomènes subjectifs accusés par les malades, et dont il est difficile de doser l'importance, et qu'il s'agit le plus souvent de malades qui viennent consulter le chirurgien sous l'empire d'idées obsédantes, qui les amènent à exagérer ou même à inventer de toutes pièces, les sensations qu'ils éprouvent.

C'est là un point de vue très intéressant à bien connaître pour le chirurgien au moment où il doit procéder un post-opératoire. Je l'ai exposé en détail à la Société de chirurgie en y apportant des observations dont quelques-unes sont réellement très curieuses, et ne voulant pas abuser des instants du Congrès, j'engage nos collègues que cette question intéresse de se reporter à ma communication.

M. **GRANJUX** (de Paris) fait observer qu'il n'existe pas à sa connaissance de travaux signalant des troubles psychiques post-opératoires survenus chez les soldats opérés, du moins en temps de paix.

Cette particularité peut s'expliquer par la sélection opérée à l'entrée au régiment. Il y aurait là un argument en faveur de la part prépondérante du terrain dans la genèse des psychoses post-opératoires.

En temps de guerre même, le rôle du choc opératoire peut être relégué au second plan. L'orateur rappelle des faits observés par lui pendant la guerre de 1870. Des blessés et des opérés, maintenus pendant longtemps dans des conditions hygiéniques et morales très défavorables, n'ont présenté aucune espèce de trouble mental.

M. **GARNIER** (de Paris). — Bien que très séduit par l'argumentation de M. Régis, je dois convenir que je n'ai jamais observé le délire post-opératoire à forme de confusion mentale dont il a fait la description. Et je me demande si M. Régis n'a pas assisté simplement à l'éclosion de délires toxiques dans les cas observés par lui. Les véritables troubles psychiques post-opératoires affectent une forme tout à fait différente. En voici un exemple :

Une femme de 40 ans, fille d'alcoolique et issue d'un mariage consanguin, a subi trois opérations successives sur les organes du petit bassin. Ce fut d'abord l'ablation d'un fibrome utérin : peu de jours après l'intervention, la malade présenta un pseudo-délire de persécution qui, d'ailleurs, s'atténua spontanément. A quelques années de là, cette femme fut opérée de nouveau pour un kyste de l'ovaire : cette fois, des accidents délirants éclatèrent quelques semaines après l'opération, plus bruyants que les premiers, et aussi plus durables. Cependant, ils cessèrent au bout de trois mois environ. Enfin, trois ans plus tard, la même malade subit une hystérectomie abdominale. En moins d'un mois après l'opération, survint un délire de persécution des plus nets, nécessitant l'internement.

Bien qu'il s'agisse certainement d'une prédisposée, on ne saurait nier l'influence des actes opératoires sur l'éclosion de ce délire, et ce délire ne revêt nullement la forme de confusion mentale signalée par M. Régis.

M. le Dr JOFFROY (de Paris). — La question des troubles psychiques post-opératoires forme un groupe complexe et mal défini, soit qu'on envisage les manifestations symptomatiques auxquelles ils donnent lieu, soit qu'on recherche les conditions étiologiques et pathogéniques dans lesquelles ils se développent. Aussi faut-il se garder de vouloir limiter la question à une seule catégorie de cas, soit en n'envisageant, comme l'a fait mon distingué collègue M. Régis, que ceux dans lesquels l'intoxication, l'auto-intoxication ou la septicémie jouent un rôle manifeste, soit en repoussant ces cas de l'étude des troubles psychiques post-opératoires, comme vient de le faire M. Picqué.

La vérité me semble se présenter ici sous des contours moins précis et dans presque tous les cas, très variables du reste au point de vue de leur forme symptomatique, on doit s'attendre à trouver des facteurs pathogéniques multiples jouant chacun leur rôle plus ou moins accusé dans l'éclosion des accidents. Mais, parmi ces facteurs, il en est d'essentiels, il en est d'accidentels : la prédisposition héréditaire ou acquise me semble presque indispensable ; la préoccupation, la rumination intellectuelle sont très fréquentes et jouent souvent le rôle le plus important, qui dans certains autres cas reviendra surtout à l'infetion, à la septicémie, ou à une intoxication généralement chronique.

Mais, pour mieux comprendre ma pensée, je crois utile de faire quelques rapprochements qui se trouvent déjà, j'ai hâte de le dire, indiqués dans le remarquable rapport de M. Rayneau.

Je ferai tout d'abord un rapprochement entre les troubles psychiques post-opératoires et les troubles paralytiques qui surviennent après les traumatismes et pour lesquels

j'ai proposé la dénomination de paralysies hystéro-traumatiques parce qu'en réalité on se trouve, dans ces cas, en présence d'une manifestation de l'hystérie.

Il existe entre ces deux sortes d'accidents — troubles psychiques post-opératoires et paralysies post-traumatiques, des analogies et des différences ; j'en signalerai quelques-unes. Ainsi, on remarquera que les sujets qui font des paralysies après les traumatismes sont tous des hystériques, tandis que les sujets qui sont atteints de troubles psychiques post-opératoires sont tantôt des hystériques, tantôt des dégénérés non hystériques, tantôt des prédisposés par intoxication chronique, c'est-à-dire le plus souvent des alcooliques.

On remarquera aussi que, si dans la pathogénie des troubles psychiques post-opératoires, comme dans celle des paralysies hystéro-traumatiques, on ne trouve pas la rumination intellectuelle comme l'un des facteurs principaux de l'édification du syndrome morbide, elle est toujours fatalement consécutive au traumatisme dans les cas de paralysie hystéro-traumatique, tandis que dans les troubles psychiques post-opératoires elle est, dans presque tous les cas, antérieure à l'opération et, comme je dirai plus tard, c'est là une particularité très importante au point de vue de la prophylaxie.

Cette rumination intellectuelle pré-opératoire a parfois une conséquence fort intéressante et très instructive, c'est que les troubles psychiques éclatent avant l'opération ; le délire n'est plus post-opératoire, il est pré-opératoire, et peut ainsi survenir en dehors de toute infection ou septicémie.

Je ferai maintenant un autre rapprochement entre les troubles post-opératoires et les psychoses puerpérales, et je n'aurai pas de mal à montrer combien sont nombreux les points par lesquels se touchent, ou plutôt se fusionnent ces deux chapitres de l'aliénation mentale. Dans les deux cas, il y a opération et production d'une plaie ; dans le cas d'un accouchement, il y a une opération naturelle, avec sa plaie placentaire, l'infection de la septicémie étant chose possible ; dans l'autre, il y a intervention du chirurgien,

plaie chirurgicale, infection et septicémie également possibles.

Dans les deux cas nous avons la même variété des accidents : troubles maniaques, accès mélancoliques, confusion mentale, parfois paralysie générale ; dans les deux cas encore nous voyons les accidents survenir chez les mêmes sujets, des hystériques, des dégénérés non hystériques, des alcooliques ; enfin, dans les deux cas nous voyons l'infection et la septicémie intervenir d'une façon parfois déterminante. Et quels sont les agents de cette infection et de cette septicémie ? Ce sont les mêmes dans les deux cas et c'est presque toujours au streptocoque que l'on a affaire, rarement au staphylocoque. J'ajouterai encore que l'époque de l'apparition des accidents, par rapport à l'accouchement dans un cas, à l'opération dans l'autre, est la même ; et de même que les accidents peuvent survenir avant, pendant ou après l'accouchement, de même ils peuvent se produire avant ou après l'opération, ou au moment même où on la fait.

On voit donc que les troubles psychiques puerpéraux ou chirurgicaux se confondent presque ; il y a cependant une différence qu'il importe de signaler, c'est que la statistique n'est pas la même dans les deux cas et que les troubles psychiques survenant pendant la puerpéralité sont plus fréquents que ceux qui surviennent chez les opérés ; et l'explication de cette différence se trouve tout entière dans ce fait, que les modifications profondes de la nutrition qui constituent la puerpéralité augmentent dans une grande proportion les prédispositions existantes aux troubles vésaniques.

Cette comparaison des troubles psychiques post-opératoires et chirurgicaux a l'avantage de nous montrer, par nos connaissances sur les psychoses puerpérales, le rôle que la septicémie, l'infection, l'auto-intoxication peuvent jouer dans les psychoses chirurgicales et, inversement, par nos connaissances sur les psychoses post-opératoires, le rôle que joue parfois, dans l'éclosion des psychoses puerpérales, cette rumination intellectuelle qui est si souvent

le facteur prédominant dans la genèse des délires post-opératoires.

J'arrive maintenant à l'une des questions les plus importantes que nous puissions traiter aujourd'hui, c'est l'influence exercée sur la production des troubles psychiques par la nature de l'opération, je veux dire par les modifications physiologiques qu'apporte l'opération en enlevant ou en détruisant tel ou tel organe.

M. Rayneau n'a pas manqué d'aborder cette question et je me range à l'opinion qu'il a exposée.

Tout le monde connaît aujourd'hui les troubles consécutifs à la thyroïdectomie et sait que l'ablation complète des organes thyroïdiens entraîne fatalement à sa suite, avec des troubles profonds de la nutrition, une démence particulière. Je ne veux pas insister sur ces faits.

Tout le monde sait aussi que la castration complète, pratiquée dans le jeune âge, chez le jeune garçon, amène des modifications profondes du développement du caractère et de l'intelligence, mais pour cela il faut que la castration soit non seulement complète, mais soit pratiquée dans le jeune âge. Si la castration n'a lieu qu'après le développement complet de l'individu, elle ne produira plus guère que l'impuissance; les troubles psychiques seront très atténués ainsi que les modifications de la nutrition qui, du reste, ne se produiront qu'à la longue.

Chez la femme, les effets de la castration sont encore moins accusés.

Toutes ces notions doivent être présentes à l'esprit quand on discute le rôle joué par l'opération et qu'on recherche, en particulier, l'influence que l'ablation des ovaires peut exercer sur les troubles psychiques post-opératoires.

Eh bien, je crois que cette influence est bien légère. Je sais bien qu'on pourra m'apporter un nombre considérable de faits, qui paraissent s'élever contre moi, mais je ferai observer que ce n'est pas le nombre absolu qu'il importe de connaître, mais le chiffre proportionnel, et si le nombre des cas où des troubles mentaux se sont développés consécutivement à l'ablation des ovaires est considérable, le

nombre total des opérations de ce genre est, à coup sûr, colossal et tel que la proportion est bien faible.

Du reste, si l'ovaire sécrétait une substance nécessaire au fonctionnement régulier de l'organisme, ce n'est pas seulement quelquefois, mais ce serait toujours, et après chacune des opérations de castration, que les accidents se produiraient. Or, loin de là, la castration chez la femme reste le plus souvent sans effets notables sur le caractère et sur l'intelligence et les quelques modifications qui peuvent se produire ne sont que légères et tardives. C'est là une constatation qu'il importait de faire parce qu'elle nous montre que, dans les cas où survient cette complication, la responsabilité retombe, non sur le chirurgien, mais sur la malade qui présente une prédisposition héréditaire ou acquise.

Il est un dernier point sur lequel je désire insister et qui est relatif à l'âge des malades. Tandis, en effet, que les psychoses post-opératoires sont fréquentes à l'âge adulte et plus encore dans la vieillesse, elles sont tout à fait exceptionnelles dans l'adolescence, et on les signale pour ainsi dire dans l'enfance ; et de cette constatation il y a lieu de tirer un double enseignement au point de vue de la pathogénie et au point de vue de la prophylaxie.

Au point de vue pathogénique, l'absence des troubles psychiques post-opératoires chez l'enfant montre bien l'importance de la préoccupation et de la rumination intellectuelle dont j'ai parlé. Car que fait-on chez l'enfant que l'on doit opérer ? On met son esprit à l'abri de toute préoccupation ; et, tout récemment, j'en voyais un exemple qui me touchait de près. Une laparotomie iliaque était nécessaire : on fit entrer la jeune malade dans une maison de santé en lui faisant croire qu'il fallait l'examiner aux rayons X ; le moment de l'opération venu, on lui dit que, pour l'examen aux rayons X, il était nécessaire de l'engourdir ; on lui administra le chloroforme, on l'opéra, on la pansa et la malade, ignorant qu'elle était opérée, ne présenta pas la moindre modification psychique. Qui oserait affirmer que les choses se seraient passées de même si

cette enfant, jeune fille intelligente et nerveuse, avait su d'avance que tel jour on l'endormirait pour l'opérer?

Il suffit de réfléchir aux faits de ce genre pour comprendre toute la part qu'il convient d'accorder à la rumination intellectuelle dans la pathogénie des troubles mentaux qui surviennent parfois après une intervention chirurgicale.

J'arrive maintenant à la prophylaxie de ces accidents et ce que nous venons de voir chez l'enfant va encore nous guider dans cette étude.

En cachant la nécessité de l'opération à l'enfant, en opérant à son insu, en évitant en un mot tout choc moral, les chirurgiens ont d'instinct établi la meilleure méthode prophylactique, malheureusement elle n'est pas complètement applicable à l'adulte que l'on ne peut opérer sans le prévenir. Mais si l'on ne peut cacher l'opération au malade, le chirurgien s'inspirant des mêmes idées qui guidaient sa conduite vis-à-vis de l'enfant, fera un traitement moral préventif; c'est avec beaucoup de prudence qu'il préviendra son malade, il le rassurera, il dissipera ses craintes, masquera les dangers existants, lui fera entrevoir une guérison facile et certaine, et s'il ne peut, comme chez l'enfant, éviter complètement le choc moral, il cherchera dans toutes les ressources de son esprit et de son dévouement au malade à l'atténuer, à l'adoucir dans toute la mesure du possible.

En résumé, je dirai qu'une opération chirurgicale est une chose complexe dans laquelle il importe d'examiner l'opéré avec ses prédispositions héréditaires ou acquises, la maladie pour laquelle intervient le chirurgien, la nature de l'opération et l'organe sur lequel elle porte, l'action des anesthésiques et des antiseptiques, l'infection et la septicémie quand il s'en est produit et qu'il y a là un ensemble de facteurs qui se groupent généralement en nombre plus ou moins grand pour agir simultanément et produire les troubles psychiques post-opératoires.

Parmi ces facteurs la prédisposition héréditaire ou acquise me semble le plus constant, je dirai le plus indispensable.

La préoccupation et la rumination intellectuelle constituent dans bien des cas le mode pathogénique prédominant, que l'on devra parfois, au contraire, attribuer à l'infection ou à la septicémie.

Les agents anesthésiques ou antiseptiques ne jouent le plus souvent qu'un rôle moins important.

M. MONPROFIT (d'Angers). — Il me paraît impossible de ranger tous les délires qui peuvent être causés par les anesthésiques, ou les antiseptiques, ou même les infections, dans la série des troubles psychiques post-opératoires.

Des troubles psychiques d'origine toxique ou infectieuse existent, ce n'est pas douteux ; mais il faut réserver le nom de troubles psychiques post-opératoires à ceux-là seuls qui succèdent à une opération ne s'accompagnant ni d'intoxication, ni d'infection.

Je crois aussi qu'il ne faut pas attribuer les accidents délirants consécutifs à l'ablation des ovaires, à la disparition de la sécrétion interne de ces organes, car le plus grand nombre des ovariotomisées ne présentent jamais de troubles psychiques.

M. LADAME (de Genève)

Lundi, 1er août (soir).

Monsieur le Président,

Messieurs et chers Collègues,

Que ma première parole soit une parole de vive gratitude ! Vous avez voulu honorer mon pays, la Suisse, en m'appelant à siéger parmi vos présidents d'honneur et je vous en suis profondément reconnaissant. Je vous en remercie très sincèrement.

J'aurais pu me dispenser de prendre la parole après la

discussion brillante que vient de soulever le rapport si remarquable de M. Rayneau, d'autant plus que M. le professeur Joffroy a fort bien développé les observations que je comptais vous présenter. Permettez-moi toutefois d'ajouter quelques mots pour insister sur ce point, qui n'a pas été traité dans le rapport, ce que je considère comme une lacune : c'est la similitude des psychoses post-opératoires avec celles qui résultent d'un traumatisme. On sait le rôle important que joue la suggestion dans l'étiologie de la névrose ou de l'hystéro-neurasthénie traumatique. J'ai eu l'occasion d'en observer un certain nombre de cas à la suite de piqûres d'épingles. Il y a quelque vingt ans, avant les recherches de Charcot et de son école, de M. Magnan et de ses élèves. Ces médecins ignoraient les conséquences de la suggestion et de l'auto-suggestion, au moment des accidents, même les plus minimes, qui se produisent chez les hystériques et les dégénérés héréditaires. En ce temps-là, une dame se pique un jour le petit doigt avec son épingle, elle en éprouve de la contrariété, elle ressent des douleurs jusque dans le bras. Son mari s'en émeut : on fait chercher le médecin. On parlait alors beaucoup de névrites ascendantes. Le médecin appuie sur le doigt qui avait été piqué ; il le palpe d'un air soucieux ; il ne constate rien objectivement, mais il provoque une douleur qui monte jusqu'au coude. « Tiens, dit-il, mais la douleur suit le nerf cubital, c'est une névrite ascendante. Ne ressentez-vous donc rien à l'épaule ? » etc. Quelque temps après la soi-disant névrite atteignait le plexus brachial et aboutissait à la moelle épinière. La malade avait des douleurs intolérables au niveau de certaines vertèbres. — Une de ses amies se pique aussi un peu plus tard un doigt. La première lui raconte son histoire et l'amie réalise bientôt toute la symptomatologie de la névrite ascendante. Une troisième dame est atteinte à son tour et voilà des années que ces malades souffrent sans que rien puisse les soulager. Il y en a eu d'autres et il y en aura certainement d'autres encore. C'est une véritable psychose épidémique.

J'ai eu l'occasion aussi de voir une femme atteinte de psychose post-opératoire tardive, qui s'est déclarée plus de

50 ans après l'opération. Voici dans quelles circonstances. Etant petite fille de dix à onze ans elle fut renversée par un char qui lui brisa le crâne. Transportée chez un jenne chirurgien de vingt-cinq à vingt-six ans, elle fut immédiatement trépanée et guérit complètement. Elle vint habiter Genève avec ses parents, s'y maria, eut des enfants et n'avait jamais présenté aucun trouble quelconque de la tête. Agée de plus de soixante ans, elle retourna dans la ville où elle avait eu son terrible accident, et s'empressa de rendre visite à son chirurgien pour le remercier de lui avoir sauvé la vie. Le chirurgien était devenu vieux, presque octogénaire, il avait perdu l'enthousiasme de la jeunesse; il voulut se rendre compte de la cicatrice crânienne. Il appuya sur la place opérée ; il l'ausculta avec un stéthoscope. Il secouait la tête. « C'est étonnant, disait-il ; comment, vous n'avez jamais ressenti de maux de tête ! Mais, c'est incroyable. Vous ne pourrez pas y échapper. » Le chirurgien n'a jamais peut-être prononcé ces paroles, mais c'est ainsi que la malade a interprété ce qu'il lui a dit et les manœuvres d'inspection et de palpation auxquelles il s'est livré sur sa tête.

Dès lors cette malade a souffert extrêmement de sa tête. On ne peut toucher la cicatrice de sa trépanation sans lui faire pousser des cris. Quand je l'ai vu, elle souffrait ainsi depuis quinze ans et aucune médication, aucun traitement n'avait pu la soulager. C'était bel et bien une psychose post-opératoire, sous forme d'idée délirante hypochondriaque, qui s'était déclarée accidentellement plus de cinquante années après l'opération, dans les circonstances que je viens de rappeler.

Si l'on tient compte de la suggestion, celle qui provient de l'entourage du malade, des médecins et des personnes qui se complaisent à lui décrire les conséquences de l'opération qu'il a subie, ainsi que de l'auto-suggestion, de la rumination psychologique dont a parlé M. Joffroy, on comprendra l'importance des mesures et des précautions de prophylaxie psychique.

M. le Rapporteur nous dit dans ses conclusions que les psychoses post-opératoires éclatent dans certains cas que

l'on ne peut guère prévoir, chez certains prédisposés *qu'on ne peut désigner à l'avance*. Mais les chirurgiens savent bien rechercher les contre-indications aux opérations. Ils analysent l'urine pour savoir s'ils ont affaire à un diabétique ; ils s'abstiennent dans certains cas s'il s'agit d'un alcoolique ou d'un urémique, d'un intoxiqué. — Pourquoi ne rechercheraient-ils pas aussi les contre-indications psychiques, qui ne se rencontrent pas toutes dans l'hérédité et les prédispositions nerveuses du malade, mais qui existent souvent dans son état de suggestibilité morbide et dans les influences morales fâcheuses de son entourage ? Il faut absolument éloigner du malade, avant et après l'opération, comme on devrait le faire au moment d'un accident, toutes les préoccupations qui seraient de nature à l'inquiéter sur les conséquences de l'intervention chirurgicale. C'est ainsi que l'on préviendra le mieux l'éclosion des véritables psychoses post-opératoires, celles qui ne dépendent pas des intoxications, des infections et des asthénies. Quand on a posé les contre-indications et que l'on a pris toutes les précautions aseptiques et antiseptiques nécessaires pour l'opération, il faut encore assainir *l'atmosphère psychique* dans laquelle vit le malade, si l'on veut éviter les psychoses post-opératoires.

MM. MARIE et A. VIGOUROUX

Sur les psychoses post-opératoires

Nous avons réuni dans ce travail les observations de cinq malades de la Colonie familiale ayant subi des opérations chirurgicales.

Chez deux d'entre elles l'opération a précédé l'éclosion des troubles psychiques, chez les autres elle a été faite pendant le cours de la maladie.

Les deux premières sont intéressantes à cause de la difficulté apparente de leur interprétation, car il semblerait au premier abord qu'on pût accuser l'hytérotomie d'avoir été la cause de la maladie.

J... a en effet, quelques mois après avoir subi l'hytérotomie abdominale totale, manifesté des interprétations délirantes, des craintes d'empoisonnement, des idées de persécution, qu'elle rapporte au chirurgien son opérateur, délire qui nécessite son internement. C'est la première fois que cette malade entre dans un asile et il y avait certainement lieu d'étudier les relations possibles de l'opération et de l'éclosion de la folie.

Après un séjour assez long dans les asiles de la Seine, elle nous est envoyée à la colonie de Dun. Là, nous constatons l'existence d'un délire de persécution complètement systématisé, des tendances à la mégalomanie et des hallucinations de tous les sens. Elle n'accuse plus seulement le chirurgien qui l'a opérée, mais aussi tous les médecins qui ont eu à la soigner.

L'étude du délire à systématisation et à évolutions rapides de ces idées de grandeur précoce, nous avaient déjà fait penser au délire des dégénérés, mais l'examen de ses antécédents héréditaires et personnels nous confirma vite dans cette opinion. Son hérédité est en effet chargée ; mais sa vie tout entière porte le cachet de la déséquilibration mentale : domestique, elle fait dix places en dix années ; mariée, elle quitte son mari ; elle présente tour à tour des idées hypocondriaques, des idées de suicide, une grossesse nerveuse, etc. Jusqu'alors ces bouffées délirantes avaient été passagères ; la dernière, survenue après son opération, paraît devoir durer plus longtemps.

Notre seconde malade est une hystérique internée à la suite d'une crise de confusion mentale avec amnésie. La première manifestation de la névrose (crise de sommeil) s'était manifestée deux ans auparavant et elle aussi avait subi l'hystérectomie totale depuis quelques mois. Les troubles délirants succédant à l'ablation des ovaires ont été souvent étudiés ; mais là encore l'étude des antécédents héréditaires et personnels nous montre la malade comme une prédisposée héréditaire. Etait-elle hystérique avant son opération ? il est difficile de l'affirmer, mais il n'est pas moins difficile d'affirmer que l'ovariotomie a joué dans l'étiologie de l'hystérie un rôle plus important que la

misère et les excès alcooliques. Un fait toujours intéressant à notre point de vue c'est que cette hystérique avec anesthésie totale et complète présente encore un point ovarique et que c'est de ce point que partent les étouffements.

La troisième observation concerne une mélancolique qui s'est jetée d'un cinquième étage, s'est brisé la cuisse et a dû être opérée. Cette opération faite du reste pendant la période d'inconscience qui avait succédé à la chute, ne semble avoir modifié en rien l'évolution de la maladie. Son influence se manifeste au contraire maintenant dans les rêves de la malade. Cette dernière présente en outre l'illusion du pied fantôme, illusion que nous avons étudié en détail. Les autres observations montrent que les opérations peuvent devenir le point de départ d'interprétations délirantes.

N... affaiblie intellectuelle avec idées mélancoliques, opérée d'une hernie étranglée, accuse sa bru de lui avoir donné un coup de hache dans l'aine.

Mart... dégénérée hypocondriaque ayant subi des instillations de l'urèthre, accuse son médecin de lui avoir mis des vipères dans le ventre.

La dernière, Z..., hypocondriaque, se plaignait avec raison d'une fistule à l'anus. Elle fut opérée et à peine la plaie était-elle cicatrisée que la douleur remontait dans le côté, dans le dos, etc.

Cette observation nous amène à dire quelques mots des mélancolies post-opératoires citées par M. le Dr Picqué à la Société de chirurgie. Ces mélancoliques ayant subi la taille hypogastrique avec méat permanent, certain autre opéré d'arthrite suppurée, sont des mélancoliques légitimes, en tout point comparables aux mélancoliques à misério dont nous avons un si grand nombre à la colonie. Supprimez les suppurations ou fermez le méat des uns, assistez les autres et la mélancolie disparaît. Leur mélancolie, leurs tentatives de suicide, sont l'indice d'un état mental déprimé, aboulique, mais ne ressortissent de l'aliénation mentale que par l'exagération de la réaction. Le cancéreux incurable, l'ouvrier qu'une infirmité empêche de gagner

sa vie qui se suicident, agissent dans le plein exercice de leur raison.

Nous citerons pour terminer la curieuse histoire d'un malade que nous avons connu à Sainte-Anne, c'était un employé de commerce de vingt-cinq ans, qui souffrait de douleurs rappelant la migraine ophtalmique. Il était tombé dans la dépression devant l'inanité des médications entreprises; décidé à en finir avec ses jours il se tira un coup de revolver dans la tempe. La balle coupa le nerf optique et le trijumeau. Après la guérison de la plaie, la douleur avait cessé.

Observation I

J... Marie, femme L..., âgée de cinquante ans, internée depuis le 28 octobre 1896, est transférée à la colonie de Dun-sur-Amon le 28 mars 1898 avec le certificat suivant : Délire de persécutions, hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale, excitation et irritabilité par intervalle, tendances persécutrices. A subi l'opération de l'ovariotomie le 9 février 1891.

Ayant appris par un examen sommaire que les troubles délirants semblaient avoir débuté six mois après sa sortie de l'hôpital, qu'à cette époque elle avait fait analyser son lait, le vin et les autres aliments qu'elle achetait, qu'en même temps. elle accusait le chirurgien qui l'avait opérée, le Dr Lucas Championnière, d'être son persécuteur, il nous a paru intéressant de prendre l'observation complète de cette maladie et d'étudier quels rapports il pouvait y avoir entre l'ovariotomie et son affection mentale.

J... est une femme de cinquante ans, bien conservée. Sa taille est petite, son crâne présente une proéminence des bosses frontales, le visage est asymétrique, la voûte palatine ogivale, réticente au premier abord, bientôt elle nous montre un délire des mieux systématisés.

Elle est en butte aux persécutions des somnambules. Le somnambulisme est très bien organisé en France, il y a plusieurs correspondances : préfecture, médecine, franc-maçonnerie, etc. Les trois-quarts des Français en font partie, mais beaucoup ne le savent pas : ils ne sont pas dévoilés. Pendant toute sa vie elle a été soumise au somnambulisme sans le savoir, de même que

bien des membres de sa famille. Il n'y a que quelques mois qu'à l'asile de Ville-Evrard elle a su qu'elle était somnambule reçue mais pas encore révélée, c'est qu'à côté des mauvais, il y a les bons somnambules qui la soutiennent et la défendent, mais jusqu'ici elle a plutôt eu à faire aux mauvais. Ceux-ci agissent sur elle de toutes les façons mais principalement en la suggérant : les suggestions sont de deux sortes, par des voix ou par les pensées. On la suggère sur la vie par exemple en lui disant : elle se jettera dans le saut de loup, chose qu'elle fera ; en lui commandant de s'empoisonner, de s'étrangler avec son fichu, avec une corde, de se jeter dans le fourneau des bains de l'admission, etc. D'autres fois les suggestions sont par la pensée et revêtent les caractères de l'obsession : la tête lui fait mal, le cœur bat, les côtes sont resserrées, etc. On la fait parler et même prononcer des mots qu'elle ne comprend pas et dont elle est ensuite obligée de deviner le sens ; on lui fait répéter devant nous le mot Pont Levi et elle s'imagine que ce mot se rapporte à l'acte du coit. On lit dans sa pensée et on le répète tout haut.

(H. de l'ouïe). Des voix lui parlent, lui reprochent toute sa vie. la traitant de salope, etc.. lui donnant des ordres. Depuis quelque temps d'autres voix la défendent.

(H. de la vue). Elle voit des têtes d'hommes ou de femmes, des monstres, des gens faisant des gestes de menaces ou des gestes qui font rire.

(H. de l'odorat). On lui envoie des odeurs d'urine, de matières fécales ; à l'asile on donnait la diarrhée aux malades du quartier et elle respirait l'odeur du chaume. Il y a quelques jours, elle a senti de la bonne odeur d'encens.

(H. du goût). Les aliments sentent souvent l'urine, les matières fécales.

(H. de la sensibilité générale). On l'électrise dans les reins, dans les pieds. Elle sent qu'elle a un animal, un énorme ver solitaire dans l'estomac, elle le sent remuer en elle ; parfois encore il se putrifie en partie et c'est dégoûtant.

(H. du sens génital). Lorsqu'elle était mariée, on la suggestionnait pour l'empêcher d'éprouver du plaisir avec son mari, maintenant la suggestion est inverse : on la suggère sur le rapport visuel, non seulement avec les hommes qu'elle voit, mais avec des animaux, des chiens, des oiseaux, etc. Elle est très excitée généralement et elle croit qu'on lui fait prendre de la cantharide.

Les hallucinations que nous venons d'énumérer sont d'une grande intensité et ne lui laissent aucun repos ; nuit et jour elle entend ou sent ses ennemis.

Depuis quelques mois. nous l'avons vu, elle se sent soutenue mais elle craint que ses ennemis, par crainte de représailles, ne la fassent mourir avant le moment où, dévoilée, elle sera aussi puissante qu'eux. C'est pourquoi elle demande à retourner à Ville-Evrard, à l'admission de M. le D[r] Championnière, persuadée que les somnambules de Paris lui rendront des comptes et même lui donneront une certaine somme, car il n'est pas admissible qu'elle ait souffert autant pour rien.

Disons tout de suite que nous n'avons pas jugé qu'un délire aussi intense fût compatible avec un placement familial et que nous l'avons réintégrée dans un asile fermé après quelques jours d'observation.

Son histoire était difficile à connaître à cause de son délire rétrospectif qui fait entrer dans son système délirant tous les événements de sa vie, mais il nous a été possible de la reconstituer ainsi.

Ses antécédents héréditaires sont chargés : son père est mort à quatre-vingt-quatre ans, sa mère à cinquante-quatre ans. Celle-ci était très nerveuse et surtout après la ménopose était sujette à des étouffements fréquents ; quinze enfants sont nés de ce mariage et d'un mariage antérieur du père ; une sœur de père et de mère, morte à trente-quatre ans, avait des crises de nerfs, une sœur du père est morte à l'asile de Vaucluse avec du délire des persécutions.

Deux autres sœurs ont eu des attaques de nerfs, un frère est mort de langueur (?), un autre a disparu.

Inutile de dire que, d'après la malade, tous ses parents étaient suggérés. Antécédents personnels : aussi loin qu'elle se souvienne dans sa jeunesse et son enfance elle a été travaillée ; elle avait un caractère indomptable, elle résistait à sa mère et ne cédait jamais. Elle se laissait battre jusqu'au sang, se raidissait mais n'obéissait pas. A l'école elle apprit un peu à lire mais pas à écrire ; elle était très coléreuse et indisciplinable. Elle travailla dans une filature jusqu'à vingt ans. Réglée à dix-neuf ans, elle eut une perte de six semaines pendant laquelle elle fut très énervée.

Venue à Paris à vingt ans, elle se plaça comme domestique et pendant dix ans son caractère difficile et son humeur excitable la font changer plus de dix fois.

En 1876, à l'âge de trente ans environ, elle eut des idées hypocondriaques ; elle fréquenta les consultations des hôpitaux, les médecins, le zouave Jacob et finit par rester un mois à la Pitié où elle suivit un traitement par les douches.

Mariée, elle ne fut pas plus heureuse ; au bout de quelques années elle eut une crise de jalousie, elle se figurait qu'une jeune fille attendait son mari, elle l'entendait parler au-dessus d'elle (ce qui était faux), elle eut une crise de nerfs, cassa sa vaisselle, sa commode, roula par terre, et courut pour se jeter dans la Seine.

En 1878, elle eut une grossesse nerveuse, diagnostiquée au neuvième mois par une sage-femme chez laquelle elle venait faire ses couches.

En 1881, son mari la quitte, prétendant que la vie n'était plus possible avec elle.

Elle vit seule, faisant des ménages, menant une vie à peu près régulière, et successivement elle présente une crise de peur (1882) ; elle ne peut rester seule dans sa chambre, elle tremble sans motifs et est obligée d'aller coucher chez des amies ; des crises d'hypocondrie ; elle ressent dans l'estomac des battements qu'elle a toujours attribués à un ver solitaire dont jamais elle n'a rendu d'anneaux.

Puis en 1888, elle présente des idées d'empoisonnement, à la suite d'une légère éruption, elle consulte un médecin et le pharmacien en lui rendant l'ordonnance lui jette un regard de compassion.

Ces bouffées délirantes sont d'une durée variable, et entre elles s'intercalent des périodes de calme pendant lesquelles la malade travaille et gagne sa vie.

Vers cette époque, elle souffre de pertes, d'élancements dans les reins, de pesanteurs dans le ventre et après s'être soignée quelque temps chez elle se décide à entrer à l'hôpital Saint-Louis où elle est opérée le 9 février 1892 d'un fibrome de l'utérus.

L'opération réussit bien, le fibrome fut extrait par la voie abdominale, et elle put sortir de l'asile du Vésinet en avril 1891.

Tout alla bien d'abord, mais six mois après, apparurent des idées d'empoisonnement. Elle éprouva des vomissements, de la diarrhée, qu'elle mit sur le compte de l'animosité d'un pharmacien.

Elle fait analyser ses aliments ; elle porte son lait aux pharmaciens et les médicaments des pharmaciens au laboratoire municipal.

Ses idées hypocondriaques reparaissent et ont pour base l'existence de ce ver solitaire dont elle continue à percevoir les mouvements dans son estomac; peu à peu les idées de persécution s'installent, elle se sent poursuivie, guettée.

Elle entend des sifflements dans les oreilles, elle change plusieurs fois de logement. Ses idées se systématisent, elle accuse d'abord le pharmacien de la persécuter, puis le chirurgien qui l'a opérée.

Internée le 28 octobre 1896, les troubles délirants et hallucinations vont en s'accentuant, et ce n'est en février 1898 que la systématisation est complète et qu'elle comprend qu'elle est la proie du somnambulisme.

Nous avons vu que l'évolution est très rapide et que déjà quelques idées de grandeur ont apparu sous la forme de défense, de consolations. Il y a des somnambules honnêtes qui la soutiennent et arriveront à la faire dévoiler, alors elle sera puissante et à l'abri des tourments qu'elle endure.

Observation II

Lor... Marie, née à Dolancourt (Aube) âgée de quarante-neuf ans.

La *mère*, morte à quarante-six ans, emportée par des hémorragies utérines, à l'époque de la ménaupose; elle était sujette aux migraines.

Le *père*, vigneron, était un enfant naturel: il était sobre et bien portant; une *sœur*, bien portante, a eu cinq enfants.

Un *oncle maternel*, frère de la mère, est mort fou à vingt ans; un autre *oncle* serait mort également fou à trente-quatre ans : il avait tout brisé dans sa chambre.

La *grand'mère maternelle*, morte à quatre-vingt trois ans, a eu treize enfants qu'elle a tous bien élevés et qu'elle a enterrés.

La malade a eu une enfance ordinaire sans incidents; elle a été réglée à onze ans.

A l'école, elle apprenait bien; après sa première communion, est placée en apprentissage chez une couturière. Se marie à dix-sept ans et dix mois ; après deux ans de mariage a eu un enfant qui n'a vécu que dix-sept jours. Elle avait vingt ans lorsqu'elle surprit un jour son mari couché avec une de ses amies : elle tombe en travers de la porte sans connaissance; à la suite de cette émotion, elle reste quatre jours dans un état de stupeur : on

faisait dire des messes pour elle, on croyait qu'on lui avait jeté un sort, etc. Depuis ce moment, elle n'a plus voulu vivre avec son mari ; elle a demandé la séparation de corps et de biens et l'a obtenue en 1872. De 1872 à 1889 elle vécut très heureuse comme domestique. Elle vient à Paris en 1889 et se place comme domestique. C'est à cette époque qu'elle a commencé à éprouver des malaises ; elle avait des hémorragies dues sans doute à un fibrome utérin ; le 23 juin 1892 elle eut notamment une perte très abondante à la suite de laquelle elle tomba sans connaissance dans sa cuisine.

Conduite à l'Hôtel-Dieu et de là à la Salpêtrière, elle fut opérée le 13 août par le Dr Chaput, « qui a été mis sur le tableau d'honneur pour l'avoir bien opérée. » Les suites opératoires furent très bonnes : le pansement fut enlevé au bout de vingt-et-un jours. Actuellement elle présente, le long de la ligne blanche, une cicatrice rosée très nette de douze centimètres de long, sur laquelle on retrouve les points de suture.

Peu après son opération elle partait pour le Vésinet où elle resta jusqu'à la fin d'octobre ; elle y fit la connaissance d'une malade qui lui vola ses économies et ses affaires déposées chez elle.

Elle connaît ensuite la grande misère, ne mangeant pas tous les jours, couchant souvent dehors. Deux ans après son opération, en juin 1893, elle travaillait à écosser des petits pois ; un matin qu'elle se rendait à son travail, elle tombe sans connaissance : transportée à l'Hôtel-Dieu dans le service du Dr ..., elle y reste quatre jours « endormie. »

Sortie de l'Hôtel-Dieu avec un petit secours, elle fit la connaissance d'un marchand de soupe près de la Morgue et vécut dix-huit mois avec lui. Le matin elle se levait de très bonne heure et prenait du café, quelquefois avec du rhum dedans. Un matin, avant d'avoir mangé, elle apprit la mort de sa nièce et filleule qu'elle aimait beaucoup. Cette nouvelle lui causa une vive émotion : elle tomba raide, puis partit dans les rues sans bien savoir ce qu'elle faisait. Elle fut arrêtée et conduite à l'infirmerie du Dépôt, le 27 janvier 1896 ; certificat du Dr Garnier : affaiblissement intellectuel sensible ; pleurs, rires, sans motifs ; confusion dans les idées.

Elle se rappelle aujourd'hui bien des choses dont elle ne se souvenait pas l'année dernière. A Vaucluse, elle a eu plusieurs attaques de nerfs, à la suite desquelles elle dormait ; plusieurs fois elle a également refusé la nourriture.

Depuis qu'elle est à la colonie de Dun, le 18 juin 1898, depuis un mois elle prétend être restée vingt-et-un jours sans aller à la selle ; et à la suite de cette constipation elle eut une attaque d'hystérie caractérisée par quelques convulsions et un sommeil d'un jour.

Quand elle *commence* à être malade, elle ressent une douleur partant de la fosse iliaque droite, elle a la sensation d'une boule qui lui monte à la gorge, l'empêche de parler et de respirer ; « c'est toujours de là que part cette douleur. »

A l'examen physique : anesthésie hystérique totale ; insensibilité au toucher, à la douleur, au courant électrique ; point douloureux au niveau de l'ovaire gauche. Le champ visuel est réduit à une bande verticale très étroite ; avec les deux yeux, elle reconnaît très facilement les couleurs, mais avec un seul elle voit tout blanc et confus. A un centimètre de l'oreille, elle n'entend pas le tic-tac d'une montre et elle comprend ce qu'on lui dit, à une distance normale. Le sel, le sulfate de magnésie, n'ont aucune saveur pour elle, le vinaigre aucune odeur.

Nous n'avons trouvé aucun point du corps sensible aux piqûres, aux plus fortes secousses faradiques. Les yeux fermés, le sens musculaire est absent, et elle est incapable de distinguer deux poids très différents, une plume et un encrier par exemple ; elle ne peut pas non plus dire quelle position nous donnons à sa main gauche, et elle est obligée de la chercher avec sa main droite.

Examen mental : la confusion dans les idées tend à disparaître ; elle avoue que la mémoire lui revient et elle a pu nous donner la date de différents événements de son existence, ce que, dit-elle, elle n'aurait pu faire l'an dernier. Son caractère est très émotif et versatile : elle veut aujourd'hui avec force ce qu'elle a refusé la veille.

Elle se trouve très heureuse à la campagne.

Observation III

Mont. Catherine, quarante-deux ans.

Ses antécédents héréditaires ne sont pas indemnes de tares névropathiques. Son père mort asthmatique était intempérant, nerveux, et sujet à de violentes colères. Sa mère, âgée de soixante-quatre ans, est paralysée depuis deux ans.

De douze enfants issus de ce mariage cinq sont morts en bas

âge, trois ont succombé à des affections diverses à un âge plus avancé, quatre sont bien portants, et une sœur a eu des attaques de nerfs avant son mariage ; cette dernière paraît aujourd'hui présenter des idées hypocondriaques.

Catherine Mont., née en Bretagne, fut amenée à Paris à l'âge de treize ans. Sa première enfance ne fut éprouvée par aucune maladie sérieuse. Vers dix ans cependant elle fut frappée à la tête violemment par la poignée d'une porte qui s'ouvrit sur elle et la blessure qui en résulta fut assez grave (elle en porte encore la cicatrice). L'œil paraît même avoir été intéressé. Toujours est-il qu'à partir de cette époque, survinrent des douleurs très vives limitées à l'hénicrane gauche et que l'acuité visuelle de l'œil gauche fut très affaiblie.

Envoyée à Orléans dans une école privée d'éducation professionnelle, ses règles apparurent à quatorze ans sans provoquer d'accidents d'aucune sorte. Elles furent toujours régulières mais très abondantes et avec leur apparition coïncidaient toujours les crises de céphalalgie les plus douloureuses.

A vingt-et-un ans elle fut retirée de la pension d'Orléans et placée comme maîtresse de couture dans une institution tenue par des sœurs. Elle y resta trois ans. Mais là, son caractère qui sous l'influence de la discipline de la pension s'était amélioré, se montra sous son véritable jour. Elle se fâcha avec les sœurs qui voulaient qu'elle suivît trop de pratiques religieuses. Elle avait cependant des sentiments très religieux, mais ne voulait pas subir de pressions ni recevoir d'ordres, et, dit-elle, son caractère est ainsi fait qu'elle désire toujours faire le contraire de ce qu'on lui commande.

Successivement couturière et femme de chambre, elle dut abandonner cette profession à la suite d'un panaris qui lui fit perdre la première phalange de l'index droit. A vingt-huit ans, elle apprit la cuisine et se plaça comme cuisinière; elle vit alors, peut-être sous l'influence de l'oxyde de carbone, de la chaleur des fourneaux, sa santé se délabrer peu à peu : l'appétit disparut et les maux de tête augmentèrent progressivement. Les crises étaient si douloureuses et si fréquentes que souvent l'idée libératrice de la mort s'imposait à sa pensée, mais grâce à ses sentiments religieux jamais elle ne chercha à mettre à exécution ces idées.

Les rêves avaient toujours eu une grande importance pour elle, et elle croyait qu'ils étaient le présage d'événements devant arriver; les rêves prirent un caractère de plus en plus pénible et

angoissant. Au bout de quelque temps, affaiblie par le manque de nourriture, surexcitée par l'usage et l'abus du café (un litre par jour), préoccupée par les cauchemars, brisée par la céphalalgie, elle dut quitter sa place et se réfugier chez une de ses sœurs où elle chercha à se reposer et à se soigner. Un véritable accès de mélancolie avec anxiété et hallucinations visuelles survint. Tout la frappait, l'effrayait. Elle se rappelle encore avec angoisse les frayeurs que lui causa un rat blanc dans une cage; puis les hallucinations de la vue envahirent la scène; elle assistait à des exécutions capitales, soit par la guillotine, soit par la fusillade et toujours c'était elle la victime désignée. Ces scènes se passaient dans une grande plaine qu'elle ne connaissait pas, et, chose curieuse, en allant à Villejuif depuis elle les a bien reconnues.

Enfin, dans un accès d'anxiété dont elle n'a plus conscience aujourd'hui, le 20 janvier 1897 elle se précipita dans la rue d'une fenêtre située au cinquième étage. Elle reprit connaissance quelques jours après et se trouva fixée dans un lit de l'hôpital Verther. Elle se sentait fatiguée, meurtrie, mais n'avait aucune conscience d'un changement survenu en elle. Ce n'est que le lendemain que sa mère venant la visiter lui apprit que dans sa chute elle s'était fracassé la jambe et qu'on avait dû lui couper la cuisse. Elle se rappelle que l'annonce de cette fâcheuse nouvelle, la surprit plutôt qu'elle ne l'émotionna, car l'illusion de sa jambe était parfaite. Lorsque quelques jours après on la fit lever pour la conduire à Sainte-Anne, elle n'avait pas conscience de sa mutilation et, voulant se lever seule de son lit, elle roula par terre.

Son état mental ne paraissait pas s'être modifié sensiblement ni par sa tentative de suicide, ni par son opération. En effet, le 12 février 1897, M. Le Dentec, chirurgien de Verther, demande son transfert à l'asile avec le certificat suivant : délire des persécutions et manie du suicide; la présence de cette femme dans le service est dangereuse, etc.

M. le Dr Magnan porte le diagnostic : mélancolie anxieuse avec hallucinations pénibles, etc.; son certificat de quinzaine signale que la maladie est en voie de décroissance. A Villejuif cependant le Dr Briand constate la persistance du délire mélancolique.

Les suites de son opération ne furent pas très bonnes : son moignon mit longtemps à se cicatriser, par suite de la suppuration.

Transférée à Villejuif au mois de mars, elle ne put marcher avec son appareil qu'au mois de juin Elle fut amenée à la colonie familiale de Dun le 21 mars 1898.

C'est une femme bien constituée ; son visage est régulier, son crâne symétrique et de volume normal.

Diamètre antero-postérieur maxim.	. . .	0,175
—	bi-temporal.	0,150
Courbe horizontale, max.	. . . . . .	0,530
—	bitemporale	0,300
—	occipito-frontale	0,310

La voûte palatine est normale ; les dents assez bien rangées ; beaucoup manquent déjà ; les canines se font remarquer par leur finesse.

Au niveau de l'os temporal gauche, à 0,05 c. en arrière de l'arcade sourcilière, à 0,04 c. au-dessus de l'ouverture du pavillon de l'oreille, on voit une cicatrice adhérente à l'os d'environ un centimètre et demi, très douloureuse au toucher et qui en plus est le point de départ des céphalalgies.

L'œil du même côté a vu son acuité diminuer depuis longtemps déjà, depuis une époque voisine de la blessure de la tempe. La malade a éprouvé quelquefois de la diplopie, mais le symptôme dominant est l'amblyopie ; à 10 cent. elle ne distingue pas un objet brillant, elle ne perçoit pas les couleurs qui lui paraissent uniformément noires.

L'autre œil est à peu près normal. L'examen de son champ visuel ne révèle que quelques anomalies pour les couleurs. L'examen ophtalmoscopique de l'œil malade montre l'existence de plaques de choroïdite atrophique ; pas d'hémianesthésie ni de trouble de la sensibilité générale ni spéciale.

La cuisse droite est amputée à sa moitié ; le moignon est irrégulier, sa partie interne est boursouflée, douloureuse au toucher et la cicatrice a ce niveau hyperesthésique.

La mobilité est normale : le réflexe rotulier de la jambe gauche légèrement exagéré. Nous ne trouvons pas de troubles de la sensibilité à l'exception de ces points d'hypéresthésie limités aux deux cicatrices.

L'état mental de la malade semble être revenu à ce qu'il était avant son accès de mélancolie : l'intelligence est moyenne, sa mémoire suffisante. Elle est d'une grande émotivité, rougit et pleure facilement. Elle est timorée, irritable et très susceptible. Nous avons vu qu'après son opération, elle croyait encore à

l'existence de sa jambe coupée ; cette illusion s'est conservée intacte depuis lors, et encore maintenant il lui arrive dans des moments de distraction de tomber en voulant marcher sans son appareil.

La forme, le volume, l'écartement de l'extrémité fantôme n'ont pas subi de modifications.

La température de cette jambe varie, elle paraît toujours plus chaude que l'autre ; surtout quand elle a fait une longue marche il paraît « bouillant. » Au moment des giboulées, des orages, il devient très froid.

L'illusion de ce fantôme est continue, mais c'est surtout le pied qu'elle sent et dont elle se préoccupe. La conscience de la cheville, du genou, est surtout éveillée par des crises douloureuses.

Le pied fantôme est le siège de mouvements continuels. Elle a la sensation douloureuse de contractions spasmodiques des fléchisseurs, elle sent aussi le pied s'étendre sur la jambe.

Elle éprouve dans cette jambe des fourmillements, des engourdissements, des crampes, parfois des névralgies et des élancements

Quand elle est assise, par exemple, elle a conscience de l'existence de son pied très chaud, juxtaposé à l'autre et se contractant. Nous avons cherché à modifier cette illusion.

Le froid (application d'eau froide, d'éther sur le moignon et la cicatrice) n'apporte aucune modification à l'état du membre fantôme qui reste très chaud ; de même lorsqu'elle est couchée et qu'elle sent son pied glacé, elle ne peut le réchauffer en appuyant son moignon contre son autre cuisse ni en le prenant dans ses mains.

La compression du moignon a provoqué une modification dans la position du membre : la malade a accusé un rapprochement notable du pied par rapport au moignon, une sorte de raccourcissement de la jambe ; les contractions spasmodiques étaient aussi modifiées.

La constriction donne l'illusion d'une douleur plantaire s'irradiant au talon ; l'excitation faradique du triceps, provoque dans le membre fantôme une secousse qu'elle compare à la trépidation éprouvée dans l'autre jambe lors de l'examen du réflexe rotulier.

Des piqûres pratiquées au niveau de la cicatrice du moignon ne donnent pas naissance à des perceptions au niveau du membre fantôme, elles sont rapportées exactement à l'endroit où elles

sont faites ; une seule fois cependant, la malade a rapporté au genou une des piqûres.

La faradisation faradique de la cicatrice a d'abord atténué les contractions spasmodiques ressenties dans le pied fantôme et les a fait disparaître complètement, momentanément, pendant un temps variant de cinq à dix minutes ; cette expérience répétée plusieurs fois a toujours donné les mêmes résultats.

Le badigeonnage de la cicatrice avec une solution de cocaïne à 1 °/₀ a provoqué immédiatement la disparition de la sensation illusoire du membre fantôme ; c'était la première fois que la malade, depuis son opération, n'avait plus conscience de l'existence de ce membre et elle en était tout heureuse. Cette disparition n'a duré qu'une journée.

Par la volonté seule, la malade ne peut modifier ni les contractions spasmodiques, ni la position du membre fantôme ; même dans les mouvements synergiques (flexion de la cuisse sur le bassin) la jambe fantôme reste indépendante de la jambe réelle.

Cependant si on fléchit passivement le moignon sur le bassin, elle sent la cuisse se soulever sur la jambe restée pendante et fléchit sur la cuisse, elle ne peut sentir sa jambe étendue sur la cuisse.

Enfin nous n'avons pas noté de phénomènes psycho-semoriels associés à la sensation illusoire de la jambe.

L'état mental de la malade ne semble pas avoir été sensiblement modifié par l'accident et elle semble avoir pris courageusement son parti de son infirmité. En dehors de son état mélancolique, elle nous dit avoir toujours été aussi émotive et d'un caractère aussi mobile passant facilement du rire aux larmes.

Elle nous a montré son moignon sans fausse pudeur et s'est laissé examiner avec complaisance. Les rêves jouent toujours un grand rôle dans sa vie mentale, et ils influent beaucoup sur son humeur. Ils affectent le plus souvent un caractère triste. Si parfois elle se voit en rêve avec sa jambe repoussée, le plus souvent elle rêve qu'on l'opère de nouveau, qu'on dissèque sa jambe ou différentes parties de son corps, qu'on lui ouvre le crâne, etc. Sans croire absolument à la réalité de ces rêves, elle en est fort troublée et en reste longtemps préoccupée.

Observation IV

Mar. Eugène, trente ans, entre à l'asile d'Évreux en octobre 1894, avec le diagnostic suivant : délire mélancolique avec idées hypocondriaques, croit avoir des vipères dans le ventre, tentative de suicide, etc.

La croyance à l'existence de vipères dans son ventre remontait à un traitement datant déjà à quelques mois, traitement d'une blennhoragie ancienne par des instillations au nitrate d'argent. L'introduction de la sonde à instillation dans son urèthre avait beaucoup frappé son imagination, de même que la blennhoragie chronique dont il était atteint avait beaucoup affecté son moral.

Peut-on dire que « l'opération » des instillations, ou même sa blennhoragie ait été une cause productive de son délire mélancolique ?

Evidemment la blennhoragie et son traitement ont été des causes adjuvantes du trouble de son état mental, mais l'histoire clinique de ce malade nous montre pertinemment que la véritable cause efficiente se trouve dans son état de déséquilibration antérieure.

Parmi ses ascendants il compte des nerveux, des coléreux, des congestifs, des désiquilibrés, sans qu'il y ait cependant des aliénés. Lui-même d'une bonne santé physique dans son enfance s'était montré d'une intelligence vive et précoce, d'un caractère doux, mais parfois difficile. Placé en pension, comme interne, il a beaucoup de peine à s'habituer et écrit à son père que s'il ne le retire pas « il se crèvera l'œil comme Gambetta ». Après de bonnes études professionnelles, il suivit l'école des Beaux-Arts de R. et en sortit avec une première médaille. Il fit son volontariat. Déjà à ce moment son instabilité de caractère le gêne dans le choix d'une profession. Successivement il travaille avec son père comme mécanicien, il entre dans les ponts et chaussées, travaille avec un architecte, etc. Il va successivement à Rouen, à Vernon, à Paris, vit avec son père avec lequel il se brouille, et tombe amoureux d'une jeune fille qu'il veut épouser malgré ses parents, etc.

Enfin il entre comme employé au chemin de fer et il reste dans cette position de 1888-94.

A cette époque il était découragé, aimait la solitude et les

plaisirs solitaires, il s'occupait beaucoup de sa santé sans raison, allait habiter Neuilly pour avoir de l'air plus pur et c'est en 1892 qu'il contracte une blennhoragie, qu'il soigne sans grand succès pendant deux ans. Il change de médecin, va en consulter un autre qui l'examine minutieusement, pratique le toucher rectal, et se décide à lui faire des instillations. Au même moment il parle à ses camarades de bureau de sa blennhoragie que jusqu'alors il avait tenu secrète. C'est le signal du délire, ses camarades et son chef ne le traitent plus de la même façon, ils le méprisent. Son médecin est un boudhiste qui lui a mis dans le ventre des vipères. Il rentre chez son père et les interprétations délirantes reprennent de plus en plus nombreuses et pressantes. Un homme du pays se suicide quelques jours avant son mariage, il y voit un exemple à suivre; il lit que l'acide sulfurique dissout le zinc ; pensant aux nombreuses injections de sulfate de zinc qu'il s'est faites il est obsédé par l'idée de boire de l'acide sulfurique et supplie son père de le cacher. Le chandelier qui est près de son lit est le même qui a servi à veiller sa grand'mère morte, c'est un signe de mort pour lui, c'est du reste la Toussaint, et l'an dernier il est allé au théâtre et toutes ces idées le poussent à tromper la surveillance de son père et à aller se jeter dans la Seine. Il s'en retire lui-même, revient à la maison, rencontre ses parents partis à sa recherche et *trouve qu'ils venaient au-devant de lui avec bien peu d'empressement.*

Amené à l'asile, il se montre très conscient de son état et nous donne lui-même les renseignements ci-dessus. D'une intelligence au-dessus de la moyenne, il est d'un caractère timide, scrupuleux, superstitieux à l'excès ; il est religieux avec tendance au mysticisme.

Au bout de quelques mois il est sorti guéri de l'asile.

Observation V

Nicolas Émilie, âgée de soixante-huit ans, est entrée dans les asiles de la Seine le 23 janvier 1896, avec le diagnostic : démence sénile, idées de persécution.

A l'asile Sainte-Anne elle présente de l'affaiblissement intellectuel et de la mémoire, incohérence, turbulence, idées mélancoliques confuses, impulsions au suicide.

Transférée à Dun le 30 juin 1896 ; affaiblissement intellectuel consécutif à une crise de mélancolie qu'elle a eu à la suite d'une

opération de hernie inguinale. Elle prétend que sa bru a voulu la tuer et lui a donné un coup de serpette dans l'aine : à Sainte-Anne elle voulait mourir, elle demandait que ses enfants la tuent. Elle nous dit encore qu'elle a dix mille francs de rente ; elle voit ses enfants passer dans la rue ; rêves fréquents, elle voit son mari.

Observation VI

B. est une femme de cinquante-huit ans, de forte stature. Son aspect et sa physionomie expriment le découragement et la tristesse. Elle se lamente sans cesse, se plaint de points de côté, de faiblesse dans les bras, dans les jambes. Elle n'a pas d'appétit : ce qu'elle mange ne passe que du côté droit, l'autre côté est bouché : sa respiration se fait mal, etc., etc. En en mot c'est une déprimée mélancolique avec hypocondrie. L'an dernier, en août 1897, ses préoccupations étaient surtout dirigées sur son ventre et son utérus : elle se plaignait de pesanteur, de douleurs et même de pertes purulentes.

L'examen permit de reconnaître que le pus venait d'une fistule anale qui fut opérée.

L'opération réussit, la suppuration disparut et à peine la plaie était-elle cicatrisée, que les plaintes continuèrent tout en changeant d'objet. Il est possible, dit-elle, que l'opération ait remué le sang de telle façon qu'il s'est porté tout d'un côté.

De telle sorte que cette légère intervention qu'elle-même avait demandée et sur laquelle elle avait basé les plus grandes espérances, n'a eu aucun résultat au point de vue mental.

Cet état mélancolique était survenu chez B. au moment de la ménopause. Il avait débuté par des oppressions, des chaleurs qui l'empêchaient de travailler : des besoins de pleurer sans motif, un profond découragement la forcèrent à entrer à l'asile en 1885.

Cette malade avait supporté beaucoup de malheurs ; sans antécédents héréditaires autres qu'un père diabétique, mariée à quinze ans, devenue veuve à vingt, elle avait été complètement ruinée par un second mari et obligée d'abandonner ses enfants : elle fut habiter Paris d'abord comme employée de commerce, puis comme gouvernante domestique. C'est dans cette dernière position que débutèrent les accidents nerveux à l'époque de la ménopause.

Observation VII

F. Jules, employé de commerce, trente-cinq ans. Son hérédité est chargée : son père est mort de congestion cérébrale, son oncle paternel est mort aliéné à Vaucluse ; une sœur est nerveuse. A six ans il eut une blessure au front ; à vingt-huit ans une pleurésie double.

Bien que très intelligent, il n'a pu se fixer à aucune profession : à dix-huit ans engagé il devient sergent-major, il rend ses galons pour entrer dans les tirailleurs algériens ; il quitte le service militaire, fait du commerce et en quelques années il change plusieurs fois de maison.

En février 1890 il eut dans l'œil droit des douleurs très violentes et qu'aucun traitement ne put amender. Devant cet insuccès thérapeutique il tombe dans la mélancolie, les idées de suicide surviennent et il se tire un coup de revolver dans la tempe. Amené à Sainte-Anne, il est très conscient de son état, il est encore déprimé, mais la balle lui avait coupé le nerf optique et avait supprimé les douleurs.

Son état mental était très amélioré par le fait de la cessation des souffrances.

M. **TERRIEN** lit une notice sur trois cas de troubles psychiques post-opératoires :

Comme exemple de troubles psychiques imputables à une opération, à un traumatisme chirurgical, je puis citer trois cas recueillis dans ma clientèle.

Premier cas. — Il s'agit d'un homme de soixante ans qui s'est fait, il y a quatre ans, opérer d'un carcinome du nez par le Dr Boiffin, de Nantes. Quinze jours après l'opération, alors que tout allait bien, que la plaie était cicatrisée, notre malade est pris d'étouffements répétés, de suffocations. « Je ne souffre plus, dit-il, de ma tête, mais l'air ne peut plus rentrer dans ma poitrine, je suis perdu. » Il veut absolument que je lui dilate les orifices nasaux. Idées tristes, hypocondriaques, il appelle la mort. Je dois le faire surveiller, de peur qu'il attente à ses jours.

Reconnaissant la nature psychique de ses étouffements, je lui fais de la suggestion avec des pointes de feu appliquées au creux épigastrique, et j'arrive ainsi très aisément à supprimer ces étouffements. Dès lors, son état mental ne tarde pas à s'améliorer, et les idées hypocondriaques à disparaître. Chez ce malade nous trouvons une hérédité nerveuse assez chargée. Son frère, à l'âge de quinze ans, fait une paralysie qui dure deux mois, ne laissant aucune trace, paralysie probablement de nature hystérique, une sœur a eu des crises d'hystérie.

Le deuxième cas se rapporte à une vieille femme de soixante-quatorze ans dont j'ai raconté l'histoire pathologique dans mon étude sur l'hystérie en Vendée, publiée en 1893 dans les *Archives de neurologie*. Il s'agit de troubles psychiques survenus à la suite de l'ablation d'un cancer de l'œil faite par le Dr Guibert, de la Roche-sur-Yon. Ces manifestations s'étaient produites trois semaines après l'opération et étaient caractérisées par une contracture spasmodique permanente des mâchoires, impossibilité d'ouvrir la bouche et d'articuler les mots. La malade faisait entendre des sons, mais des sons non articulés, elle parlait comme on parlerait en fermant la bouche et en tenant la langue immobile dans la cavité buccale. En raison des antécédents de cette malade : constrictions à la gorge, sensation de boule à l'estomac ; en présence de l'hérédité névropathique dont elle était frappée, sœurs, frères, tous nerveux ; en présence des phénomènes que je viens de relater et qui ont apparu peu de temps après, ce traumatisme opératoire, je portais le dignostic « contracture hystéro-traumatique. » J'avais raison, puisque la suggestion fit disparaître brusquement un accident qui durait déjà depuis un mois. Notons que cette femme était arrivée jusqu'à l'âge de soixante-dix-sept ans sans avoir jamais présenté d'accidents hystériques. Il a fallu cette cause occasionnelle, cette opération pour amener chez une prédisposée l'éclosion des manifestations psychiques que je viens de signaler.

Le troisième cas a trait à une femme de trente-cinq ans qui, aussitôt après la naissance de son quatrième enfant,

a été frappée, à la suite d'une application de forceps, d'une paraplégie avec anesthésie des deux pieds, surtout du pied droit jusqu'au dessus des malléoles. La malade, lors de la première traction, faite avec le forceps, a cru entendre ses os craquer, elle s'est jugée alors perdue ; elle n'était certes pas perdue, mais elle s'était créé une magnifique paraplégie. Cette femme fut électrisée pendant un mois par son médecin ordinaire, et cela sans résultat appréciable. Quand on me l'amena dans mon cabinet, je reconnus le caractère hystérique, la nature psychique de l'affection. Alors qu'ai-je fait ? De la suggestion avec l'électricité, en me servant, bien entendu, d'une pile autre que celle de mon confrère, car je savais ne pouvoir faire une suggestion utile avec un appareil identique, qui, aux yeux de la malade, était absolument usé, puisqu'il n'avait produit aucune amélioration entre les mains du confrère. Cette suggestion a réussi. Dès la première séance la malade pouvait faire quelques pas dans mon cabinet, mais les orteils étaient encore tombants, ce qui gênait considérablement la marche ; à la seconde séance, tout était revenu dans l'ordre, la malade était guérie. Et certes, je ne songerai jamais à mettre sur le compte de l'électricité cette guérison presque subite (mon appareil ne valait pas mieux certainement que celui de mon confrère), mais bien uniquement sur le compte de la suggestion. D'ailleurs, sur ce point (et là je sais que je me heurte à bien des contradicteurs), j'ai cette opinion bien ferme, bien arrêtée, et, je crois, bien assise, puisqu'elle s'appuie sur un bon nombre de faits dont j'ai été moi-même le témoin et que j'ai signalés ailleurs, que c'est moins par le courant électrique que par la suggestion faite avec l'appareil et le courant que les paralysies hystériques s'améliorent, s'effacent. Une manifestation psychique demande, selon moi, pour guérir, un traitement surtout psychique. Je ne parle pas, bien entendu, des vésanies où la psychothérapie n'est, à mon sens, d'aucun secours. Comme nos deux malades précédents, celle-ci présente une hérédité nerveuse très chargée.

Ainsi, chez ces trois malades nous trouvons une prédisposition héréditaire. Chez ces trois malades aucun accident

psychique de nature hystérique ne s'était manifesté avant les opérations qu'ils ont eu à subir. On est donc absolument autorisé à dire que c'est bien le traumatisme opératoire qui a été la cause de ces accidents.

Mais ça n'a été évidemment que la cause occasionnelle. Tous ces malades avaient de l'hystérie latente qui ne demandait qu'une occasion pour se manifester — le shock nerveux dû à l'opération a été cette occasion.

Enfin, de même qu'on s'accorde avec raison à ne pas reconnaître de caractères particuliers à la folie post-opératoire, de même on ne peut faire des manifestations post-opératoires de l'hystérie une entité morbide distincte. Il n'y a pas une folie post-opératoire, il n'y a pas non plus une hystérie post-opératoire. Les caractères ici sont les mêmes et le traitement est le même. Et je regrette de me séparer de M. le professeur Pitre, dans cette circonstance, quand il affirme que les paralysies hystéro-traumatiques sont réfractaires à l'hypnotisation et à la suggestion, tandis que les autres, celles qui sont dues à d'autres causes, en bénéficient, semblant indiquer par là qu'il y aurait quelques différences dans la nature des accidents psychiques, suivant qu'ils résultent, ou non, d'un traumatisme.

Ces trois exemples que je viens de citer et bien d'autres que j'ai signalés (articles hystérie en Vendée et hystérie enfantine en Vendée, *Archives de neurologie*, an. 93 et an. 97), m'ont prouvé au contraire que ces troubles psychiques post-traumatiques, post-opératoires, de nature hystérique, cédaient avec la plus grande facilité au traitement psycho-thérapique.

Avant de clôturer la séance, M. le Président donne lecture d'une dépêche qu'il vient de recevoir des médecins aliénistes et neurologistes de Moscou.

Par acclamations, le Congrès vote l'envoi d'un télégramme de remerciements.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du mardi 2 août (matin)

Présidence de M. MOTET

La séance est ouverte à neuf heures.

L'ordre du jour est interverti, on suspend l'exposé des rapports pour entendre diverses communications.

M. LADAME

Observation de paranoïaque processive, type du délire raisonnant de dépossession de Régis

Au Congrès de Bordeaux le Dr Pailhas communiquait les observations de trois malades, atteints de troubles mentaux liés, disait l'auteur, à une déviation de l'instinct de la propriété.

L'année suivante (1896) le Dr Régis publiait dans les *Annales médico-psychologiques* un rapport médico-légal, fait en commun avec MM. Pitres et Lande, sur un nouveau cas du même genre, qu'il classa sous le nom, fort bien approprié, de « Délire raisonnant de dépossession. » Un travail d'ensemble a été publié sur cette question l'année dernière par M. le Dr Edmond-Charles Chaiton, élève de M. Régis, qui en a fait le sujet de sa thèse de doctorat, présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Bordeaux le 16 juillet 1897. On trouve dans cette thèse le résumé de six observations de cette forme spéciale du délire processif.

J'en ai observé récemment un septième cas qui offre certaines particularités dont le rapport médico-légal suivant donne les détails :

Rapport sur l'état mental de Mme F...

Nous, soussigné, docteur en médecine, privat-docent de neurologie et de psychiatrie à l'Université de Genève, commis par arrêt de la Cour de justice civile, en date du..... pour procéder, en qualité de médecin-aliéniste expert, à l'examen de l'état mental de dame F.... demeurant à X..., qui a interjeté appel d'un jugement du Tribunal de première instance prononçant son interdiction.

Après avoir prêté serment et pris connaissance du dossier, nous avons interrogé et examiné à plusieurs reprises dame F... en son domicile. Les résultats de notre enquête et de nos constatations sont consignés dans le rapport médico-légal suivant :

I

Par lettre du..... le Conseil de surveillance des aliénés du canton de Genève transmettait au procureur général de la République un rapport médical de M. Joannès Martin, directeur-médecin de l'asile des Vernets, qui avait été délégué par le Conseil pour procéder à l'examen de dame F... Le docteur Martin concluait dans son rapport, daté du..., que cette dame était atteinte du « délire de la chicane. » Il demandait que « des mesures tutélaires fussent prises pour la protection de ses intérêts », car elle était en train de se ruiner en procès, dommages-intérêts, frais d'insertions, etc. Toutes dépenses ayant uniquement pour cause son obstination dans sa « querelle juridique. » Le Conseil de surveillance des aliénés demandait en conséquence, à M. le Procureur général, de *provoquer l'interdiction* de cette malade.

Une ordonnance du Tribunal convoquait le conseil de famille pour donner son avis sur la demande d'interdiction dirigée contre cette dame par le procureur général.

Les membres de ce conseil ont été d'avis unanime que Mme F... ne se trouve pas dans un état habituel de trouble

mental qui l'empêche d'administrer sa personne et qu'il n'y a pas lieu de faire prononcer son interdiction. Le juge de paix, qui présidait le conseil de famille, a déclaré ne pas s'associer à cette décision et estimer au contraire qu'il y a lieu de suivre à l'interdiction.

Nous trouvons dans l'interrogatoire de la malade devant le Tribunal de première instance les passages suivants qu'il nous paraît utile de relever, parce qu'ils sont caractéristiques de l'état mental de l'appelante :

Demande. — Gérez-vous vous-même vos biens ?

Répond. — Depuis dix ans mes biens sont gérés par M. X...., sans mon consentement.

Demande. — Comment cela se fait-il ?

Répond. — M. X..., lors d'une convocation chez le notaire, s'est emparé de cette gestion, au mépris des droits qui m'ont été concédés par mon père.

Demande. — Est-ce que les Tribunaux n'ont pas attribué à M. X... une partie de ces biens ?

Répond. — Je n'en sais rien du tout, mais en tout cas les Tribunaux n'ont pas le droit d'attribuer ce qui m'appartient à d'autres personnes, vu que je ne dois rien à personne.

Demande. — Ne savez-vous pas que des jugements ont attribué à M. X... la propriété de la maison qui vous a été léguée ?

Répond. — Je sais que des jugements ont été rendus, mais j'ai toujours rappelé. L'affaire n'est pas finie, car je n'ai jamais vendu mon bien. J'estime que les tribunaux doivent respecter les actes et les lois, surtout le testament d'un père, car il n'y a rien de plus sacré.

Demande. — Saviez-vous que le Tribunal vous a interdit, à peine de dommages-intérêts, de faire paraître des insertions relatives à vos difficultés avec X... ?

Répond. — Oui, mais je n'ai pas admis le jugement, parce que le Tribunal n'a pas le droit d'empêcher un propriétaire de publier son droit de propriété, surtout quand des malfaiteurs s'en disent propriétaires.

Demande. — Toutes les dépenses que vous faites à ce sujet ne sont-elles pas superflues ?

Répond. — C'est le Tribunal qui est la cause de ces dépenses. Si Messieurs les juges ont commis une erreur, c'est à eux de la réparer.

Demande. — La Cour d'appel ayant jugé définitivement, que pouvez-vous espérer de vos démarches ?

Répond. — Le procès est encore pendant à la Cour, à ce que m'a dit un avocat il n'y a pas bien longtemps. En admettant que l'arrêt soit définitif, mais il ne l'est pas, j'estime ne pas devoir m'y soumettre ; d'après les dernières lois, on attaque les arrêts comme les jugements.

Demande. — Consentiriez-vous à ce qu'un administrateur vous soit nommé pour vous aider dans la gestion de vos biens ?

Répond. — Non, pas pour le moment, je suis cent fois plus capable que n'importe quel administrateur.

Invitée à signer le procès-verbal de cet interrogatoire, Mme F... a refusé d'y apposer sa signature.

Le Tribunal de première instance, vu l'interrogatoire de la défenderesse, les pièces produites et notamment le rapport du Dr J. Martin, prononça l'interdiction de dame F... et ordonna que le conseil de famille procédât à la nomination de son tuteur.

« Attendu que ces documents démontrent avec évidence que dame F... est atteinte de délire ; qu'elle est incapable de continuer l'administration de ses biens ; qu'elle dilapide les quelques ressources qui lui restent dans des procès et des chicanes absolument ridicules ; qu'elle a perdu toute notion exacte de ses droits et des conséquences des jugements définitifs prononcés contre elle. »

Dame F... avait demandé au procureur général d'ordonner l'annulation de « l'inexact certificat du Dr J. Martin et de tous les jugements qu'il a pu faire naître, car elle déclare n'avoir jamais vu ni jamais parlé audit docteur qui a pu vomir de telles infamies contre elle. » Elle interjeta aussitôt appel du jugement qui prononçait son interdicdiction, son avocat en demanda la mise à néant, par la raison que sa cliente a conservé toutes ses facultés intellectuelles et se trouve dans un état de santé normal, ainsi qu'en témoignent les déclarations de tous ses voisins, celle du conseil de famille unanime et celles de deux médecins, dont nous discuterons plus loin la teneur.

Telles sont les circonstances qui ont amené la Cour de justice civile à demander dans ce cas une expertise de psychiatrie médico-légale, ayant pour but d'examiner si l'état mental de l'appelante nécessite ou non son interdiction.

II

Le point de départ de toutes les contestations judiciaires a été le testament que A..., père de Mme F... a dicté en présence de témoins à deux notaires, où se trouve le passage suivant :

« Ma fille, dame F..., que j'ai fait revenir d'Angleterre où elle était institutrice, me sert de domestique depuis dix ans ; en payement de ses gages, soit pour le passé soit pour l'avenir, je lui donne et lègue la pleine propriété des immeubles suivants situés dans la commune de... et faisant partie de la parcelle... (suit la description de l'immeuble).

« En compensation des sacrifices pécuniaires que j'ai faits pour mes autres enfants, je donne et lègue par préciput et hors part, tant conjointement que séparément à mon fils aîné et à ses trois sœurs le quart de tous les biens et avoir, meubles et immeubles que je délaisserai à mon décès et qui composeront ma succession. »

A la mort du père de dame F... son testament fut attaqué par sa fille Mme X... qui estimait que le legs spécial de l'immeuble à sa sœur, Mme F..., dépassait la quotité légale.

Un jugement du Tribunal civil de première instance, s'appuyant des articles 913 et 893 du Code civil, annule le legs immobilier fait à Mme F... par son père.

« Considérant que c'est en vain (voir art. 913 du Code) que dame F... soutient, en se référant du reste à ce que dit le testament de son père, que la donation d'immeubles qu'il lui a faite l'a été en payement de ses services, soit pour le passé, soit pour le temps qui s'est écoulé de la date de son testament au jour de sa mort ;

« Considérant que feu A..., à son décès, a laissé plus de trois enfants (l'art. 893 du Code fixe alors la quotité légale au quart de la fortune), qu'il a disposé du quart de ses biens en faveur de son fils et de ses trois filles, y compris dame F..., que le legs qu'il a fait en sus, à cette dernière, doit en conséquence être considéré comme nul et non avenu et sans effet :

« Attendu que si dame F... a été domestique de son père, elle produira son compte devant le notaire chargé du partage. »

Un expert, nommé par le Tribunal, déclara que les immeubles étaient impartageables en nature.

Le Tribunal ordonna la vente et commit un notaire pour faire la liquidation.

Les immeubles n'ayant pas trouvé d'acheteurs lors de la première vente, le Tribunal ordonna la vente à tous prix. C'est ainsi que Mme X... devint propriétaire par adjudication de l'immeuble légué à Mme F...

Mme F... réclama alors la somme de 10,000 fr. non pas pour ses gages de dix ans, comme on l'a dit par erreur, mais de dommages-intérêts, pour avoir été sortie de sa maison par les gendarmes.

Elle fut déboutée de sa demande en payement de cette somme par jugement du Tribunal. Un arrêt de la Cour réforma ce jugement et accorda 5,000 fr. à Mme F... pour ses gages de dix ans.

Le notaire procéda à ce laborieux partage. Il communiqua aux héritiers le procès-verbal de liquidation. Mme F... assistait à cette séance, mais refusa de le signer. Elle contesta les comptes de Mme X... qui contesta à son tour ceux présentés par sa sœur.

Le Tribunal nomma un expert pour établir les comptes contestés. L'expert constate que Mme F... n'a pas de livre de caisse et qu'elle a refusé, malgré l'ordonnance du Tribunal, de se dessaisir entre ses mains des quittances des sommes payées par elle. Mme F... a aussi refusé de fournir un compte de sa gestion pendant le vivant de son père, prétendant l'avoir déjà rendu à son père. Elle refuse en outre de rendre le mobilier qui est, dit-elle, sa propriété. L'expert estime que si elle ne veut pas le rendre elle en doit le prix. Le rapport de l'expert est homologué par jugement du Tribunal. Appel de Mme F...; arrêt confirmatif de la Cour.

Après trois ans de plaidoiries le notaire procède à un nouveau partage et rédige un nouveau procès-verbal avec rectification des premiers comptes. Le procès-verbal de comparution des parties renferme la déclaration suivante de Mme F...

1° Elle ne reconnaît devoir aucun loyer de l'appartement qu'elle occupe ;

2° Elle ne reconnaît rien devoir non plus pour le mobilier délaissé par son père ;

3° Elle ne reconnaît pas la validité de la vente des immeubles, ayant refusé de signer les actes y relatifs.

Les autres parties acceptent le partage. Mme F... refuse de signer le procès-verbal.

Le Tribunal homologue ensuite purement et simplement le partage de la succession de A...

Mme X... offrit de payer à Mme F... la somme qui lui revenait

d'après la décision des tribunaux. Mais nous voyons par un procès-verbal de comparution, que Mme F... refusa d'accepter ce payement « attendu qu'elle n'a, dit-elle, jamais conclu aucun marché avec Mme X..., que cette dernière ne lui doit aucune somme, et que de son côté elle n'est débitrice d'aucun loyer envers Mme X..., qu'elle ne reconnaît pas être propriétaire de l'immeuble où demeure Mme F... lequel immeuble cette dernière considère comme lui appartenant personnellement, en vertu du testament de son père. »

Cependant, depuis l'adjudication Mme F... faisait paraître tous les samedis dans la *Feuille d'Avis* un article ainsi conçu :

« Mme F..., propriétaire, demeurant à..., prévient le public « qu'elle n'a jamais eu de mandataire, qu'elle ne reconnaîtra « que les dettes contractées par elle-même et les paiements faits « dans ses mains, vu qu'elle ne doit rien à personne. Qu'elle n'a « jamais vendu aux X... des parties de maisons situées à..., « que son père lui a données par testament public, en paiement « de ce qu'il lui devait et en compensation de 12,000 à 15,000 f. « qu'il a servis à ses autres enfants. Pour tous renseignements. « s'adresser à Mme F..., mandataire de son père. »

Les parcelles dont Mme F. . se dit propriétaire dans cet article sont précisément celles qui ont été adjugées à Mme X..., ce que constate un jugement du tribunal qui « fait défense à dame F... « de publier tous articles contenant l'allégation que la défende- « resse serait propriétaire des immeubles dépendant de la suc- « cession A..., et ce à peine de 5 francs de dommages-intérêts « par chaque infraction.

Mme F... interjette appel de ce jugement et la Cour déclare l'appel irrecevable pour défaut d'autorisation maritale, de sorte que le jugement devient pleinement exécutoire.

Le notaire avait versé à la Caisse des Consignations la somme de 10,000 fr., représentant à ce jour les droits nets de Mme F..., que celle-ci avait refusé de toucher. C'est sur cette somme que seront prélevés dorénavant les frais des condamnations subséquentes de Mme F... qui continue ses publications hebdomadaires dans la *Feuille d'Avis*.

Depuis le jour où Mme X. était devenue adjudicataire de l'immeuble légué par A. à sa fille dame F. celle-ci n'avait pas cessé d'habiter son immeuble. On dut employer la violence pour l'en faire sortir. Elle en a conservé une profonde amertume et m'a raconté elle-même comment les choses se sont passées. « C'était en plein hiver. vers trois heures de l'après-midi, il y avait un

demi-mètre de neige, j'avais fait la course à pied pour aller au tribunal à Genève et je rentrais à mon village à pied, lorsque j'ai trouvé en arrivant ces Messieurs en train de me faire sortir de ma maison par les gendarmes. On avait jeté tout mon mobilier et mes affaires sur la rue, dans la neige. Je leur ai dit, au maire et à son secrétaire qui l'accompagnait : « Vous venez violer ma propriété. Nul ne peut être contraint à sortir, ou plutôt à être sorti de sa propriété par la gendarmerie. On ne peut pas violer le domicile d'un locataire ; encore moins celui d'un propriétaire. Je n'ai point de créancier. Ils m'ont volé mes titres de propriété. On m'a tout volé, gaspillé. C'est du joli, c'est édifiant ! » Personne ne veut croire çà. C'est pourquoi ils disent que je suis folle quand je raconte çà. »

Depuis ce jour-là, Mme F. n'est jamais rentrée dans l'immeuble qu'elle appelle toujours *sa maison*. Et elle n'a pas cessé d'aller au tribunal pour réclamer ses droits. Elle recourut au Conseil d'État, et paraît bien décidée à continuer ses revendications jusqu'à ce qu'elle ait obtenu de réintégrer la propriété, dont elle a été, dit-elle, si injustement dépossédée.

III

Mme F... est née à... Elle a soixante ans. Ses cheveux sont grisonnants, son teint fortement coloré. D'une taille assez élevée elle se tient droite et ferme, la tête haute ; sa démarche est assurée ; ses gestes sobres et précis indiquent un caractère déterminé ; son regard est franc, un peu dur, perçant et inquisiteur ; il devient menaçant lorsqu'elle s'anime à la pensée des injustices dont elle a été la victime. Tout, dans ses allures, témoigne d'une volonté ferme et tenace. Sa parole est nette, incisive ; son ton, d'habitude assez calme, devient tranchant et aggressif lorsqu'elle parle de ses difficultés judiciaires. Elle s'exprime en phrases courtes et procède par affirmations catégoriques ; en tout temps maîtresse d'elle-même, elle se tient prête à la riposte. On sent qu'elle est toujours aux aguets, sous les armes. Son tempérament est évidemment combattif ; c'est elle qui aura toujours le dernier mot.

Elle occupe actuellement un petit appartement de deux pièces, une cuisine et une chambre. Tout respire dans sa demeure l'ordre le plus parfait et la propreté la plus minutieuse. Sa vie est simple et régulière. Laborieuse et économe, Mme F. confec-

tionne elle-même ses vêtements, fait son ménage, les récurages, le blanchissage ; jamais elle n'a eu recours à l'aide de personne pour les travaux de son intérieur. Elle a fait preuve vis-à-vis de ses parents d'un grand dévouement filial, dont le testament de son père est le meilleur témoignage. Elle travaille activement de ses mains pour gagner sa vie. Toutes les personnes qui l'ont employée se louent de son exactitude et de la bienfacture de son ouvrage. Elle vit en paix avec ses voisins, et tous les locataires de la maison qu'elle habite ont signé un certificat dans lequel ils constatent qu'ils ne l'ont jamais vue dans le délire et que, bien au contraire, elle a toujours joui d'une grande lucidité.

Antécédents héréditaires. Son père est mort à l'âge de près de quatre-vingts ans, d'une maladie de cœur. Il était aubergiste. Il avait deux frères : un frère puiné, propriétaire campagnard, mort pendant que Mme F. était à l'étranger ; ce frère a eu quatre enfants, tous mariés, vivants encore et ayant eux-mêmes plusieurs enfants vivants ; un frère cadet, propriétaire cultivateur, mort octogénaire, qui eut trois enfants vivants et bien portants. Une sœur du père, morte après avoir accompli sa soixante-dixième année et avoir eu un grand nombre d'enfants, une dizaine, qui tous sont mariés. Mme F., qui me fournit ces renseignements, a plus ou moins perdu de vue cette famille.

Sa mère avait deux frères et une sœur, dont elle était la cadette. L'aîné était tailleur, mort assez avancé en âge, sans avoir fait de maladies graves ; le second était régent, il est mort après soixante ans, d'une maladie qui dura quelques mois. Tous deux mariés ont eu des enfants qui sont morts jeunes, sauf une demoiselle qui est actuellement mariée. Quant à la tante maternelle de Mme F., elle s'est mariée aussi et a eu de même deux enfants morts jeunes.

C'est à l'occasion de la dernière maladie de sa mère, morte à l'âge de soixante et un ans, que Mme F. fut rappelée par son père de l'étranger. Elle était alors gouvernante dans une famille, où elle était chargée de l'éducation d'un jeune garçon. En mourant, sa mère lui recommanda de rester auprès de son père et lui fit comprendre que c'était son devoir, d'autant plus qu'il y avait deux petits enfants à soigner et à élever (les neveux de Mme F., dont elle fit l'éducation).

Mme F. avait trois frères et deux sœurs qui sont tous morts. L'aîné, voiturier, solide gaillard, supportait bien ses excès de boisson qui finirent néanmoins par le conduire à l'hydropisie. Il mourut d'une affection cardiaque. Le second frère, boulanger,

mort alcoolique à l'hôpital cantonal. Il était déjà adonné à l'ivrognerie avant son mariage, et n'a pas laissé d'enfants. Le troisième, marchand de graines, le plus buveur des trois frères, mort à l'hôpital cantonal des suites de ses excès de boisson. Une sœur est morte à un âge plus avancé ; un de ses fils, voiturier, âgé d'environ vingt-six à vingt-huit ans, est déjà aussi un buveur. La seconde sœur, dame X., est morte il y a deux ans.

Antécédents personnels. Dame F. ne sait pas me dire la date exacte de sa naissance. Elle n'a plus son extrait de naissance ; on lui a tout volé lorsqu'on l'a fait sortir de sa propriété ! Placée en nourrice elle n'a jamais entendu dire qu'elle ait été malade. Tout au contraire, sa mère lui a souvent répété qu'elle était forte comme un chêne. Réglée à dix-sept ans, elle n'a jamais souffert d'anémie ni de troubles quelconques pendant ses menstruations. Mariée à vingt-trois ans, elle n'eut point d'enfants ni de fausses couches. Son mari était coureur et léger. Il partit inopinément au bout de deux ans et ne donna jamais de ses nouvelles. Mme F. apprit beaucoup plus tard qu'il était mort. Ce fut après son départ qu'elle se plaça à l'étranger. Elle était âgée de vingt-cinq ans. Peu après son retour au pays elle obtint son divorce sur l'instigation de son père qui s'occupa activement lui-même de cette affaire.

Mme F. n'a jamais consulté de médecin de sa vie. Elle n'a jamais été alitée, même une demi-journée et a toujours joui d'une excellente santé. Elle eut sa ménopause à cinquante-deux ans au plus fort de ses contestations juridiques. Cette période critique se passa sans aucun accident, mais nous ne voudrions pas affirmer qu'elle fut sans influence sur l'état mental de Mme F. ; nous aurons plus loin l'occasion de revenir sur ce point.

État actuel. Mme F. offre tous les signes d'une bonne santé physique. Elle paraît normalement développée, sans aucune infirmité. Sa chevelure grise est abondante, son teint échauffé. Les pupilles égales, rétrécies, mais réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation ; sa vue et son ouïe sont excellentes. Elle ne présente pas de stigmates caractérisés de dégénérescence, pas d'assymétrie du crâne et de la face. Les lobules des oreilles sont adhérents ; le palais creusé en ogive.

Mme F. a des habitudes très régulières, tout à fait hygiéniques. Toutes ses fonctions s'accomplissent normalement. Son sommeil est léger, le moindre bruit la réveille, mais jamais elle n'a souffert d'insomnies. Elle dort très bien, toute la nuit ; se couche à dix heures et se réveille à cinq heures du matin. « Quand j'étais

« dans ma propriété, dit-elle, les X... venaient faire du boucan « pendant la nuit, à minuit, à une heure du matin et même plus « tard ; la nuit alors était perdue, naturellement. J'entendais « aussi mes locataires rentrer. Il y en avait six ; l'un d'entre eux « surtout avait la mauvaise habitude de rentrer très tard, ce « qui a fini par le rendre gravement malade. »

Examen de l'état mental

Mme F... ne présente ni illusion des sens, ni hallucinations, ni confusion mentale. Elle est parfaitement lucide. Ce qui frappe au premier abord l'observateur c'est la tenacité extrême de sa dialectique systématisée, qui ne traite que d'un seul sujet, la dépossession de sa propriété et ses revendications juridiques qui en ont été la conséquence. Elle est passionnée pour défendre ses droits, ou plutôt son droit à elle, un droit personnel qu'elle maintient obstinément malgré tous les jugements des tribunaux. Pour en donner une juste idée, je ne saurais mieux faire que de transcrire ici les réponses qu'elle a faites à mes questions et que j'ai écrites pour ainsi dire sous sa dictée. Dès les premiers mots on pressent la tournure que va prendre la conversation. Je laisse la parole à Mme F... :

« Il y a seize ans, dit-elle, que cette tyrannie existe. Depuis la mort de mon père, les X... avaient attaqué son testament et leur avocat s'est très mal conduit dans cette affaire. Il aurait dû dire que le devoir du tribunal était de faire respecter un acte notarié. Le testament a été fait conformément aux lois, puisque mon père n'a disposé de rien ; la petite maison était ma quote-part. Il avait le droit de disposer du quart de ses biens. On ne voulait pas me reconnaître comme étant de la famille ; on m'a fait passer pour être sans domicile ni résidence connus pour pouvoir faire le partage sans moi. Mais mon avocat ne faisait pas son devoir et ne pouvait pas mener la chose à bien. Il s'était entendu avec la partie adverse pour me dépouiller ».

Après m'avoir montré le testament de son père et étalé sous mes yeux le plan de sa propriété, elle continue :

« En me faisant revenir d'Angleterre, mon père m'avait promis que j'aurais quelque chose, mais il ne m'a jamais rien donné de son vivant, tandis qu'il a établi tous ses autres enfants, qui lui empruntèrent souvent de l'argent. Il ne m'aurait pas fait venir de l'étranger s'il avait trouvé du secours en eux, mais il m'a dit souvent que si je n'avais pas été auprès de lui, les autres

l'auraient mis sur la paille. S'il a pu se retirer des affaires vingt ans avant sa mort et vivre de ses rentes, très économiquement, cela va sans dire, c'est grâce à mon travail et à mes soins. Il n'était pas exigeant, mais il fallait constamment s'occuper de lui, l'habiller, le boutonner, etc., enfin lui donner tous les soins qu'exige un vieillard octogénaire.

« J'avais donc bien gagné le legs qu'il m'a fait de la petite maison. Les co-partageants avaient un hôtel, qui était huit fois plus grand que celle-ci.

« C'est ma maison. Je n'ai pas signé un acte et j'étais mandataire de mon père. Le partage ne peut pas se faire à l'insu de la mandataire. La maison est à moi, c'est ma propriété, je ne l'ai jamais vendue.

« Les X... sont venus casser mes vitres. J'ai porté plainte, mais mes plaintes sont restées sans écho parce que le secrétaire de la Mairie, qui est cousin de M. X... les soutenait. Une mauvaise femme est venue aussi un jour de leur part, elle m'a prise violemment par le bras pour me faire sortir de ma propriété, en disant que si les X... ne pouvaient pas le faire, elle s'en chargerait bien elle-même. Je me suis défendue et un gendarme est arrivé pour faire cesser ce scandale. Il m'a promis de la faire punir, mais elle n'a jamais été punie, malgré la plainte que j'ai déposée au département de justice en police, où j'ai vu à cette occasion le chef de ce département.

« On m'a fait sortir de ma propriété par les gendarmes. C'est atroce. C'est une atrocité que personne ne peut comprendre. C'est indigne. On m'a dit : Vous auriez dû tirer dessus quand ils sont venus, faire comme M. J... qui est aujourd'hui en prison. Le Grand Conseil a blâmé cette affaire. Ce qui se passe au tribunal est indigne. C'est M. X... qui est la source de toute cette affaire, mais les tribunaux doivent faire leur devoir. En présence d'un acte notarié ils devaient s'incliner. Ils auraient dû faire respecter les lois Ils ne doivent pas se laisser tromper. Ils sont là pour donner le bon exemple. L'affaire aurait été de suite réglée. S'il en est autrement c'est la faute des tribunaux. Il faut que ces Messieurs réparent le mal qu'ils ont fait faire. C'est un crime. Si la justice n'est bonne que pour tyranniser les innocentes créatures, pour surexciter les malfaiteurs et les brigands en leur donnant gain de cause, je ne veux plus payer les impôts. Car c'est créer les malfaiteurs ; en leur donnant gain de cause on les surexcite.

« Nommée mandataire de mon père par acte notarié, rien ne pouvait se faire sans ma signature. Je n'ai jamais signé aucun

acte de partage. Ni pour or, ni pour argent je ne vendrais mon bien.

« Je n'ai jamais donné ma signature, de sorte que rien n'est fait. C'est mon bien PERSONNEL. Il y aurait toutes les signatures, si la mienne n'y est pas, l'acte est nul, c'est comme s'il n'y en avait point. C'est la signature *indispensable.*

« Je représentais tous les membres de ma famille, sauf les X..., quand nous avons été chez le notaire. J'ai toujours dit au tribunal et au notaire que ni pour or ni pour argent je ne vendrais mon patrimoine. Je n'achète rien et je ne vends pas ma propriété. M. X... a voulu évaluer les maisons, mais il n'y a jamais rien eu de signé. Je n'ai signé aucun acte, ni procès-verbal, ni cahier des ventes. Le tribunal n'avait pas le droit de forcer la vente. C'est le notaire qui a fait le mal. Il a tenu pour eux ; mais il avait quelqu'un pour le talonner, une espèce d'usurier, envoyé par X... et que j'ai mis à la porte, en lui demandant ce qu'il venait faire ici, chez le notaire. Cela a indisposé ce dernier contre moi.

« Comme je n'ai rien signé et que je n'ai jamais vendu ma propriété, j'avais bien le droit de faire insérer dans la feuille d'avis que mon patrimoine n'avait jamais été vendu aux X... Il y a dix ans qu'ils gèrent mon bien et ils disent que ma maison leur appartient. Mais je ne l'ai jamais vendue. Ils ont reçu 40,000 fr. et la grande maison. Je ne veux pas que cela dure plus longtemps. Je ne veux pas que mes co-partageants se promènent toute la journée en tilbury à mes dépens. Je ne leur réclame pas leur droit, mais le mien. Je veux ma maison et mes loyers. Je ferai hypothéquer leur grande maison, s'ils ne me payent pas les loyers. Mais ils ne pourront pas payer ces loyers, car ils les ont dissipés au fur et à mesure. C'est la faute du tribunal. On devrait m'écouter ; mais ces Messieurs n'ont d'yeux et d'oreilles que pour écouter les malfaiteurs. Tout ce que je veux c'est qu'ils sortent de ma maison et qu'ils me payent tous les loyers qu'ils ont touchés depuis qu'ils la gèrent, depuis dix ans. Je veux les intérêts des intérêts. Il n'y a rien de plus juste. Ça fait passé 15,000 fr. J'aurais le droit de demander 10,000 fr. de dommages-intérêts pour avoir été sortie de ma maison, comme je l'ai été. Cette maison m'appartient doublement et triplement. Il faut qu'ils sortent et je suis bien décidée à ne pas les lâcher. Il me faut ma maison et si je ne puis y rentrer de mon vivant, à ma mort je la donnerai à des étrangers plus méchants que moi, qui les feront bien sortir. Ils ont abusé de ma patience. »

Mme F... sort de son secrétaire un paquet de récépissés de la

poste pour les lettres chargées innombrables qu'elle a envoyées, depuis qu'elle a été sortie de sa propriété : au greffier du tribunal, au procureur général, au Conseil d'Etat, à la Cour de justice, etc., etc., et qu'elle me montre victorieusement, en disant :

« Vous voyez bien, ils n'ont pas péché par ignorance. C'est pourquoi *je ne cèderai pas.* C'est bien *mon droit.* J'ai fait toutes ces démarches pour rentrer dans ma propriété. Oh ! oh ! mon père n'était pas Anglais. Le déshéritement n'existe pas chez nous. Je n'ai jamais volé de propriété ; j'ai bien le droit de rentrer dans la mienne. J'ai toujours respecté les propriétés d'autrui ; je veux faire respecter la mienne. *Je me ferais plutôt brûler la cervelle que de céder.*

« C'est moi qui ai tout payé à la mort de mon père : les frais de maladie et les droits de succession ».

Elle me montre aussi un paquet de reçus des sommes d'argent qu'elle a payées aux enfants de sa sœur jusqu'au jour où on lui a enlevé la gérance de ses biens.

Elle continue : « Tous mes frères avaient touché leurs droits, leurs titres vérifiés. Un jugement a homologué le compte rendu de la vérification. Mais X... a dit qu'il pouvait tout faire impunément et que personne n'y pouvait rien. Si la justice ne peut rien contre lui, elle ne fait pas son devoir. »

Comme je lui demandais pourquoi elle n'avait pas voulu toucher l'argent qui a été déposé pour elle à la Caisse des consignations, et qui provient du partage et d'une somme que la Cour lui a attribuée pour ses gages de dix ans, auprès de son père, elle me répondit :

« Je n'ai signé aucun acte de partage. Je n'ai jamais rien su. S'ils placent les loyers à la Caisse des consignations je n'en sais rien ; je n'accepte pas. Je veux ma propriété et les loyers qu'ils me doivent. S'il y a de l'argent à la Caisse des consignations, ce sont les loyers de ma propriété. Ils les retireront, et puis je garderai mon bien. Les affaires ne se font pas comme çà. On ne va pas déposer de l'argent à la Caisse des consignations quand la propriété n'a pas été vendue, et je n'ai jamais signé aucun acte de vente.

« J'ai réclamé 10,000 fr. de dommages-intérêts pour avoir été sortie de ma maison par les gendarmes. J'ai perdu tout mon mobilier dans cette affaire : un fourneau-potager, des armoires toutes neuves que j'avais fait faire peu auparavant. Le tribunal n'a rien à voir pour mes gages ; il n'a pas le droit de transformer un paiement. »

A propos du jugement qui prononce son interdiction elle dit : « C'est une telle absurdité de parler de mon délire ! Ce sont de rudes malfaiteurs ; ils ont dit que j'étais folle pour me faire interdire ; ils en ont assez fait pour me rendre malade, mais la puissance divine n'en a rien voulu.

« Je n'ai jamais vu le Dr J. Martin. J'ai revu bien des personnes qui sont venues demander des renseignements, mais lui je ne l'ai jamais vu. S'il est venu ici en espion prendre des renseignements, je lui en aurai donnés sur les affaires du partage. Bien des personnes sont venues prendre des renseignements, je ne leur demandais pas leur nom.

« Je me suis offerte dans la feuille d'Avis à donner des renseignements sur cette affaire. J'ai déclaré que je n'avais jamais vendu mon bien et que je ne reconnaîtrais que les dettes contractées par moi-même, parce que je ne veux pas que les X... fassent des emprunts et des hypothèques sur la maison. Le public est bien prévenu. Il a paru au moins mille avis dans la feuille d'Avis, tous les samedis pendant plusieurs années.

« Le tribunal avait déclaré que cela suffisait lorsque l'avis était répété trois fois. Je n'ai pas continué ; mais je recommencerai si je ne rentre pas immédiatement en possession de ma propriété; je suis dans mes droits. Il y a longtemps qu'on aurait dû me rendre justice. Certainement, il me faut ma propriété et mes revenus, il n'y a rien de si juste, de sorte que je suis décidée à renouveler les publications dans la feuille d'Avis, si l'on me retient encore ma propriété.

« Je veux ma maison bien sûr et si on me la rends pas je le ferai publier dans tous les journaux de l'univers. »

Au moment où je sors de chez elle, après avoir pris congé, et comme je m'apprête à prendre la rampe de l'escalier qui descend de la galerie à l'extrémité d'un long couloir, Mme F..., debout sur le seuil de sa porte, me crie encore : « Si le tribunal ne me donne pas raison, je le ferai alller plus loin et je le publierai dans tous les journaux ! »

Sans vouloir rechercher si les revendications de Mme F... sont bien ou mal fondées, ce qui est hors de ma compétence, et pour noter un dernier trait de son état mental, j'ajouterai qu'ayant demandé à cette dame de me raconter par écrit ce qui s'était passé lorsqu'elle fut expulsée de sa maison, elle n'en fit rien, sous le prétexte qu'elle aurait trop à dire, « du reste, dit-elle, ma sœur X..., étant morte il y a deux ans, a bien payé les méchancetés qu'elle m'a faites. Il faut laisser les morts en paix ».

Les seuls documents écrits de sa main, qui m'aient été remis par Mme F..., sont les copies des certificats de MM. les Docteurs qui ont déclaré qu'elle était saine d'esprit, ce qui est vraiment tout à fait caractéristique.

Il n'est pas besoin de mettre en relief les particularités des documents ci-dessus qui prouvent, sans nulle hésitation, que l'état mental de Mme F... est pathologique. L'étude de son dossier et l'examen de sa personne démontrent avec évidence que cette femme souffre depuis plusieurs années d'une affection mentale, nettement caractérisée, qui a altéré profondément sa personnalité. Cette malade est une aliénée légalement irresponsable.

IV

Autant qu'une enquête naturellement très écoutée a pu nous l'apprendre, il n'y a pas eu de cas d'aliénation mentale dans l'hérédité de Mme F... ; mais sa famille est fortement entachée d'alcoolisme, cette source de toutes les dégénérescences. Nous voyons dans ce fait une cause prédisposante de la maladie mentale qui s'est développée peu à peu chez elle, à la suite de circonstances pénibles de sa vie, et pendant la période de son âge critique. On sait en effet combien la ménopause est fréquemment la cause prédisposante ou occasionnelle des affections mentales.

La maladie dont souffre Mme F... et qui lui enlève la responsabilité des actes pour lesquels elle a été maintes fois condamnée par les tribunaux, est aujourd'hui bien connue des médecins aliénistes. On l'a particulièrement étudiée pendant ces dernières années. C'est une variété clinique importante du délire de la chicane qui rentre dans la grande catégorie des « persécutés-persécuteurs ». Signalée pour la première fois par le Dr Pailhas, au Congrès de Bordeaux, en 1895, bien qu'on en ait publié auparavant plusieurs observations, elle a été présentée l'année suivante, d'une manière plus précise, dans un travail du Dr Régis, de Bordeaux, sous le nom de *Délire raisonnant de dépossession*. Ce nom a fait fortune. Voici la définition de l'état mental des personnes atteintes de ce délire :

« Le délire raisonnant de dépossession est celui des personnes qui, expropriées de leur bien, refusent d'accepter la chose jugée, et se considérant comme injustement dépouillées et comme toujours légitimes propriétaires, se livrent, pour défendre leurs

soi-disants droits, à des revendications plus ou moins violentes ».

(*Dr E. Régis.* Un cas de délire raisonnant de dépossession. *Annales médico-psychologiques*, huitième série, tome IV, p. 229, 1896).

Cette définition s'applique exactement au cas de Mme F... Pour bien le comprendre nous devons donner quelques mots d'explication sur cette expression de « délire ».

On appelle vulgairement délire l'état mental des individus qui présentent de l'égarement d'esprit, de l'incohérence, de la confusion, de l'inconscience et des troubles des idées, voire même des hallucinations des sens. Mais lorsqu'on entend une personne raisonner avec la logique et la clarté d'esprit de Mme F..., on ne pourrait pas supposer qu'une semblable personne soit atteinte d'un « délire ». Voilà ce qui explique les nombreuses protestations qui sont à son dossier et qui attestent toutes que jamais personne n'a vu Mme F... délirer. Le mot « délire » employé par les médecins aliénistes prend ici une signification tout à fait différente de celle qu'on lui attribue généralement. Il est pris dans son sens étymologique qui signifie proprement « s'écarter du sillon ». Le délirant est celui qui sort de la voie tracée, qui s'écarte des règles de la raison. Dans ce sens le délire peut n'atteindre qu'une certaine partie des fonctions psychiques, c'est un *délire partiel*, « symptôme qui se développe sur un terrain « morbide dès longtemps préparé et qui fait le plus souvent son « apparition après une évolution lente et progressive. » (Ball et Ritti. Dictionnaire Dechambre.) Tel est le cas du délire raisonnant de notre malade.

Voyons maintenant les déclarations des médecins.

M. le Dr Y... écrit :

« Je soussigné, docteur en médecine, certifie que Mme F... « s'est présentée à ma consultation aujourd'hui dans la pleine « lucidité de son esprit. »

Nous n'avons pas besoin de dire que nous signerions aussi cette déclaration et que nous avons toujours trouvé Mme F... parfaitement lucide. La lucidité d'esprit est précisément un des caractères du délire raisonnant de dépossession, qui appartient à ce groupe des maladies mentales que Trélat avait réunies sous le nom de « folie lucide ».

M. le Dr Z... a donné le certificat suivant :

« Je soussigné, certifie que Mme F..., âgée de soixante ans, « que j'ai examinée, me paraît jouir de tout son bon sens, et je

« ne vois rien dans son état qui soit de nature à justifier une « interdiction. »

Cette déclaration aussi, dans la forme prudente et réservée que lui a donnée notre honoré confrère, ne renferme rien qui soit en contradiction avec ce que nous venons d'exposer. M. Z... exprime sur l'interdiction de Mme F... une opinion que nous partageons et qu'il nous reste à motiver.

En demandant au procureur général de provoquer l'interdiction de Mme F..., le Conseil de surveillance des aliénés avait sans doute de bonnes raisons à invoquer. On a souvent fait l'expérience que les demi-mesures ne conviennent pas à ces malades, et qu'après les avoir privés partiellement de leur capacité civile on se voyait ensuite obligé de recourir plus ou moins promptement à leur interdiction totale et même à leur séquestration dans un asile. On cite toutefois des cas de grande amélioration et même de guérison complète après l'internement dans une maison d'aliénés.

Pour en revenir au cas de Mme F..., nous dirons que l'interdiction dont elle a été frappée en première instance nous paraît pour le moment inopportune, et nous sommes d'accord avec le conseil de famille lorsqu'il est d'avis que Mme F... ne se trouve pas dans un état habituel de trouble mental qui l'empêche d'administrer sa personne. « Nous avons constaté en effet que cette dame vit avec une stricte économie du travail de ses mains. Elle me disait elle-même : « quand je n'ai pas de quoi payer comptant, je n'achète pas. » Son honnêteté est scrupuleuse. Elle ne fait jamais de dettes et jamais aucune dépense inutile. Comme nous le disait une de ses amies : « elle ne s'accorde jamais rien. »

Toutefois il y a un point sur lequel elle n'entendra jamais raison. Elle est prête à sacrifier toute sa fortune, jusqu'à son dernier centime, pour se faire rendre justice, c'est-à-dire pour réintégrer sa propriété. C'est là le point délirant auquel il faut évidemment porter remède. Une mesure tutélaire s'impose ici dans l'intérêt de la malade, et nous pensons qu'elle doit être tout naturellement cherchée dans la nomination d'un Conseil judiciaire.

CONCLUSIONS

1° Mme F... est atteinte depuis plusieurs années d'une forme spéciale d'aliénation mentale qui s'appelle en psychiatrie « délire raisonnant de dépossession ». Cette psychose est une variété

clinique de la « manie processive » ou *paranoia querulens*, qui appartient à la grande classe des délires de persécution ;

2° Toutes réserves faites quant aux mesures ultérieures qui pourront être nécessitées dans l'intérêt de cette malade, et pour la sécurité d'autres personnes, nous concluons qu'il n'y a pas lieu actuellement de provoquer son interdiction ;

3° La nomination d'un Conseil judiciaire nous paraît une mesure nécessaire pour sauvegarder ses intérêts et mettre un terme à ses débats devant les tribunaux, aussi préjudiciable à sa bourse qu'à sa santé.

M. BOUCHEREAU demande à poser une question à M. le Dr Ladame au sujet de la législation sur les aliénés en Suisse.

Quand un aliéné est incurable, le conjoint a-t-il le droit de demander le divorce?

M. le Dr LADAME répond que la législation est très variable suivant les cantons, favorables au divorce dans les uns, défavorables dans les autres.

M. A. JOFFROY

Dégénérescence et paralysie générale

Hier, j'insistais sur le rôle de la prédisposition héréditaire dans la genèse des troubles psychiques post-opératoires, aujourd'hui j'attirerai votre attention sur le rôle de la prédisposition héréditaire et de la dégénérescence dans la pathogénie de la paralysie générale, continuant ainsi à établir que ce mode étiologique, sous des aspects sans doute très variés, se retrouve pour ainsi dire toujours et partout en aliénation mentale et n'est pas la caractéristique d'un groupe nettement défini de troubles mentaux.

Lorsque Bayle décrivit son « *arachnitis chronique* », il n'hésita pas à la rattacher, au point de vue étiologique, à la grande famille des maladies mentales et à reconnaître à l'hérédité une influence considérable sur son développement.

Telle était aussi l'opinion de la plupart des aliénistes dans la première moitié du siècle. Mais des vues différentes ne tardèrent pas à se faire jour, touchant les causes de la paralysie générale, et depuis longtemps déjà les aliénistes sont divisés en plusieurs camps. Pendant que les uns font de la paralysie générale une maladie syphilitique, que d'autres lui donnent presque comme unique origine l'alcoolisme ou les excès de toutes sortes, d'autres continuent à accorder à la dégénérescence héréditaire une large part dans ses origines, pensant avec Marcé que « la folie et la paralysie générale sont deux rameaux d'une même famille », ou même avec Wilson, qu' « on naît, mais qu'on ne devient pas paralytique général. »

Cette formule est sans doute quelque peu excessive, mais nous nous rangeons volontiers à l'opinion d'après laquelle une hérédité morbide plus ou moins chargée, une dégénérescence plus ou moins accusée, plus ou moins évidente est une condition fréquente, je dirais volontiers nécessaire, indispensable, dans l'étiologie de la maladie de Bayle, et je suis heureux de présenter au Congrès une observation qui peut être considérée comme une nouvelle démonstration de cette façon de voir. Il s'agit d'un dégénéré traité longtemps dans le service de M. Magnan et mort paralytique général dans le service de la clinique des maladies mentales.

Nous ne saurions mieux faire, ce nous semble, pour vous faire connaître l'histoire de ce malade, que de commencer par vous rapporter textuellement les principaux passages de l'intéressante observation que notre collègue Magnan a publiée dans ses leçons cliniques de 1897.

Observation

Dégénérescence mentale. Homme de quarante-trois ans, à complexion féminine ; fièvre typhoïde à sept ans. Goûts et penchants féminins depuis l'enfance. Depuis l'âge de quatorze ans, relations sodomiques constantes ; existence de fille publique. Répugnance invincible pour les femmes.

« S..., Henry, dit G..., typographe, âgé de quarante-trois ans, est entré le 20 janvier 1894. Ce malade, d'aspect juvénile, à la physionomie rêveuse et efféminée, prend constamment des poses langoureuses, inclinant la tête avec des regards obliques et poussant de temps à autre de petits soupirs. Sa voix est molle et doucereuse : son langage mièvre et enfantin rappelle plutôt celui d'une jeune fille. Il tient ses cheveux longs, divisés presque au milieu et tombant des deux côtés comme des bandeaux de femme. Il rase soigneusement sa barbe et sa moustache, d'ailleurs peu touffues. Le cou est rond. les épaules sont étroites : le thorax. globuleux à sa partie supérieure, s'évide, s'amincit vers la taille, comme chez les femmes habituées au port du corset. Les seins sont saillants et légèrements coniques, les hanches larges, les cuisses arrondies ; l'ensellure lombaire est très marquée, la peau est blanche et glabre. En somme, la complexion a un caractère féminin assez marqué, bien que les organes génitaux ne présentent aucune anomalie et soient assez développés.

« Il était à peine âgé de quelques jours quand il fut trouvé en 1851, à Jersey, sur les marches d'une église ; on n'a jamais rien su de ses véritables parents. Il eut vers sept ans une fièvre typhoïde très grave qui ne fit sans doute qu'exagérer ses tares natives.....

« Toujours timide, efféminé, peu entreprenant, il avait horreur des jeux bruyants des garçons de son âge : il ne se plaisait qu'aux jeux des petites filles, s'amusant avec des chiffons. A quatorze ans, il joue encore à la poupée, apprend la tapisserie et le crochet.

« Mis en apprentissage chez un chapelier d'une ville voisine, il a pour la première fois, à quinze ans, des relations avec un homme. Le comptable de la maison l'emmène un soir dans sa chambre, et, après quelques préambules amoureux, le sodo-

mise. S... ne se révolte pas ; il trouve cela tout naturel. Son partenaire ayant voulu se livrer sur lui, à plusieurs reprises, à quelques caresses onanistes, S... n'éprouve aucune sensation agréable ; le reste, au contraire, me procurait, dit-il, « un énorme plaisir. »

« Venu à Paris à seize ans, S... entre successivement dans plusieurs imprimeries en qualité d'ouvrier typographe. Et, au moment où il est arrêté dans les circonstances que je raconterai, il était sorti depuis quelques mois d'une maison où il travaillait depuis plus de vingt ans en qualité de compositeur.

« Dès les premiers temps de son arrivée à Paris, S... s'est livré à la sodomie ; il a vécu « maritalement avec un grand nombre d'individus qu'il appelle ses amants. » Il a presque toujours joué le rôle passif ; il exprime une sorte de dégoût pour la masturbation qu'il déclare « inconvenante. » — « Par derrière, dit-il, c'est très différent, c'est naturel ; et tous mes amants me faisaient comme l'on fait à une femme. » Il se livrait d'ailleurs à toutes leurs fantaisies et a pratiqué sur un grand nombre d'entre eux l'onanisme buccal. Quant à lui, il se laissait rarement toucher, sinon pour les pratiques sodomistes, dont il parle avec transport. En face des femmes il a toujours éprouvé une frigidité complète ; il n'a jamais eu de relations sexuelles avec aucune.....

« Il cherche par tous les moyens possibles à ressembler à une femme. Il se fait appeler Henriette : « Tous mes amis me disent : ma petite Henriette ; j'aime ça parce que c'est plus affectueux !... Ch... me rendait *heureuse ;* quand il était sur moi, je n'aurais jamais pu être un homme, etc. » Il écrit aussi : « Cela m'était pénible d'être toujours toute seule ; j'ai trouvé Jean F. qui m'a proposé d'habiter avec lui et qui m'a fait comme à sa femme ! » Cette sexualité opposée s'impose aussi bien à ses habitudes, à ses habillements. Depuis longtemps il s'habille en femme ; il porte des corsets recouverts de surah, des bas de soie roses avec des jarretières roses, des pantalons, des chemises de femme. Chez lui, il est toujours enveloppé d'un long peignoir rose, sanglé d'une cordelière de même couleur ; et, sous ce peignoir, il est tout nu, prêt à faire l'amour.....

« Il ne fume jamais, il ne boit que des liqueurs sucrées, peu chargées en alcool, comme l'anisette, le raspail.

« La vie sociale est celle d'une prostituée ; quand il n'a pas d'amant attitré, il parcourt habillé en femme, les brasseries, les établissement de nuit, les bals, les concerts des Champs-Élysées,

les salles de dépêches des grands journaux et cherche à racoler des hommes. « Paris, dit-il, est cousu de pédérastes. » Il est allé, habillé en ballerine, à un bal masqué d'où il est revenu accompagné d'un homme.....

« Dans le courant de 1893, il avait rencontré dans une brasserie le nommé Jean Z. Ils s'étaient entendus pour vivre ensemble; Jean Z. travaillait et l'entretenait. Un soir il rentrait se coucher; mais, au lieu de gagner la chambre de son ami, il se trompa d'étage et alla se mettre dans le lit d'un ménage ouvrier qui le fit arrêter. C'est que depuis déjà quelque temps, ses facultés commençaient à baisser : et, vers le début de 1893, il s'était fait renvoyer d'une imprimerie pour négligences continuelles dans son travail. Actuellement, sa mémoire affaiblie et une curieuse malléabilité de caractère rendent ses réponses peu précises. Il sait la date du mois, de l'année, du jour même, mais il ne peut que difficilement localiser dans le temps et n'a qu'une notion confuse du temps écoulé. Habituellement apathique, il s'anime dès qu'il parle de ses amours contre nature. Il a quelques conceptions délirantes qui plongent leurs racines dans ses habituelles préoccupations et empruntent à son affaiblissement intellectuel leur caractère contradictoire et leur peu de ténacité; il a cru avoir accouché, *par derrière*, d'un enfant mort aujourd'hui et qu'il aurait, semblable à une femme, porté neuf mois.

« Comme troubles stomatiques, il a de l'inégalité pupillaire et quelques hésitations de la parole. »

Voilà, telle que l'a rapportée M. Magnan, l'observation typique de ce dégénéré avant son entrée dans mon service.

Le malade passe à la clinique le 6 mai 1895. Il est gai, parle volontiers de ses instincts et de ses habitudes contre nature et manifeste plusieurs idées délirantes dans lesquelles se révèle très nettement son caractère féminin : il doit se marier prochainement avec M. Victor L..., le mariage aura lieu en l'église Saint-Lambert, à Vaugirard. On fera des lettres de part ainsi conçues : « Nous avons l'honneur de vous inviter à la bénédiction nuptiale que nous recevrons, le 16 avril 1896, à l'église Saint-Lambert de Vaugirard, et qui unira M. Victor L..., à Mlle Henriette S... » Il écrit à son fiancé et termine sa lettre par ces mots : » De bons baisers, mon adoré fiancé, ne me laisse pas

dans l'inquiétude plus longtemps. » Il est grand temps qu'il s'occupe de sa toilette de mariée. Il raconte de nouveau qu'il a accouché par derrière d'un enfant ressemblant à son père qui est menuisier. Il a donné vingt francs à la sage-femme. Maintenant il ne veut plus d'enfant, etc.

A ce délire féminisé et puéril se joint un affaiblissement intellectuel considérable. Le malade n'est plus capable de faire une addition sans faute. Sa mémoire est nettement affaiblie.

Ses pupilles inégales présentent le signe d'Argyl Robertson.

On constate de fréquents accrocs dans la parole.

Les réflexes patellaires sont exagérés.

Puis une sorte de sédation se produit, le malade demande à travailler, on peut l'occuper comme tailleur et pendant plusieurs mois, il accomplit de petits travaux de couture d'une façon satisfaisante.

Aucun changement notable ne se produit dans son état jusqu'au début de 1897. A cette époque on s'aperçoit que son travail devient de plus en plus défectueux. L'état démentiel s'accentue, bien que les idées délirantes persistent, mais avec un caractère toujours plus accentué de mobilité et de contradiction : il va épouser un grand artiste, il invitera tous les infirmiers à sa noce.

En novembre 1897, l'affaiblissement du malade est tel qu'il ne quitte plus son lit. Tremblement généralisé. Gâtisme complet et permanent.

En janvier 1898, la parole devient à peu près incompréhensible.

La déchéance physique et intellectuelle s'accentue de plus en plus et le malade meurt le 23 mars 1898.

L'autopsie est pratiquée le lendemain.

Le cerveau présente les lésions caractéristiques de la paralysie générale. Les méninges épaissies et opalescentes sont adhérentes sur presque toute leur étendue. L'écorce cérébrale est très amincie. Le plancher du quatrième ventricule est légèrement granuleux.

J'aurai l'occasion de revenir ultérieurement sur l'examen microscopique du cerveau et de la moelle.

Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation de paralysie générale se développant chez un sujet, présentant au plus haut degré cette tare de dégénérescence si importante qu'est l'inversion sexuelle, sujet considéré

par mon collègue Magnan lui-même, comme un type remarquable de dégénéré.

Il existe en effet dans la science, avec des caractères aussi nets et aussi accusés, fort peu d'observations de ce genre.

Sans doute les anciens auteurs, tels que Parchappe, Calmeil ont rapporté un nombre considérable de faits dans lesquels la folie a précédé la paralysie générale. Mais il suffit de jeter un coup d'œil sur ces observations, pour voir qu'il s'agit presque constamment de paralytiques généraux chez lesquels les signes physiques de la maladie sont précédés pendant longtemps par un excès maniaque ou mélancolique, ou par des idées de persécution.

Peu nous importe d'ailleurs, au point de vue étiologique, la rareté de la paralysie générale parmi les aliénés internés depuis longtemps ; tous les auteurs modernes constatent cette rareté. Mais un dégénéré n'est pas forcément un délirant et ceux qui présentent les tares psychiques de dégénérescence les plus accentuées ne sont pas forcément dans les asiles, ce n'est même que l'infime minorité des dégénérés qui se trouve subir l'internement. La rareté de la paralysie générale chez les malades atteints de vésanie n'est donc pas un argument à invoquer contre l'origine héréditaire de cette maladie.

Si, chez notre malade, nous cherchons la cause ayant présidé au développement de la paralysie générale, que trouvons-nous ?

La syphilis ? Ni les renseignements fournis par le malade à une époque où l'état de sa mémoire permettait de les avoir précis, ni l'examen direct ne nous autorisent à l'invoquer. Je veux bien admettre que les habitudes et le genre de vie de ce malade rendent la syphilis très probable, mais n'en est-il pas de même pour tous les pédérastes ? et je ne sache pas que l'on ait établi jusqu'à ce jour la fréquence plus grande de la paralysie générale dans cette classe de dégénérés ou de vicieux.

L'alcool ? M. Magnan lui-même nous apprend qu'il n'avait aucun goût pour les liquides spiritueux.

Les excès vénériens ? Mais l'histoire du malade nous

apprend que toute sa vie génitale consistait en des actes contre nature dans lequel il jouait presque constamment un rôle passif.

Il ne nous reste donc plus à invoquer que la dégénérescence mentale originelle, et c'est bien là qu'il faut voir, selon nous, le facteur étiologique le plus important de la maladie dans ce cas particulier.

Nous n'avons, il est vrai, aucun renseignement sur l'hérédité du malade. Mais il ne nous semble pas téméraire de supposer que des parents capables d'abandonner leur enfant âgé de quinze jours sur les marches d'une église ne sont pas absolument normaux, sinon au point de vue intellectuel, au moins au point de vue moral.

Mais nous avons mieux que l'hérédité, nous avons l'histoire même du malade qui est bien celle d'un dégénéré typique.

Il nous semble donc absolument logique d'admettre que chez ce malade la dégénérescence mentale a été la cause sinon unique, du moins prépondérante de l'éclosion de la paralysie générale. Non seulement la tare de dégénérescence présentée par lui peut créer le délire, comme le disent avec raison MM. Magnan et Sérieux, mais elle crée la paralysie générale elle-même ; non seulement elle a donné au délire de notre malade son caractère féminin si curieux, mais nous croyons qu'elle a fait naître la maladie elle-même.

Si les stigmates de dégénérescence et surtout les stigmates psychiques sont assez rarement notés dans les observations de paralysie générale, cela tient peut-être à ce que les sujets qui en sont porteurs les dissimulent soigneusement pendant toute leur existence, et cela nous amène à attirer votre attention sur un point particulier de l'histoire de la paralysie générale. Il n'est pas rare de voir cette maladie débuter par des actes morbides rappelant de très près ceux des dégénérés, des attentats à la pudeur par exemple. On les considère en général comme des manifestations pures et simples de la paralysie générale. Mais ne pourrait-on aller plus loin et supposer qu'il existait déjà chez le sujet une tare psychique soigneusement cachée

tant qu'il a joui de sa raison et qui s'est étalée au grand jour, dès que la paralysie générale a frappé d'affaiblissement ses facultés intellectuelles ? Nous croyons utile d'attirer sur ce point l'attention des aliénistes et des médecins légistes. Sans doute l'enquête donnerait souvent des résultats négatifs à cause des difficultés considérables qu'elle présente, mais l'on obtiendrait peut-être quelques résultats positifs extrêmement intéressants.

Avant de clore cette observation, je désire vous dire quelques mots de l'examen histologique du cerveau et de la moelle.

Les circonvolutions cérébrales présentaient des lésions classiques de la paralysie générale : diminution numérique et atrophie granulo-pigmentaire des cellules ; atrophie des fibres tangentielles ; léger épaississement des méninges et des parois vasculaires.

La moelle présentait un caractère assez particulier et à notre avis fort instructif. A côté d'une intégrité presque absolue des fibres nerveuses et une très légère prolifération névroglique, on constatait des lésions très accentuées des cellules nerveuses. Dans plusieurs régions beaucoup ont totalement disparu. Celles qui restent présentent un haut degré de dégénérescence granulo-pigmentaire, leurs granulations chromophiles ne sont plus visibles.

Ce fait est intéressant à constater, il semble en effet démontrer deux choses : 1° que la lésion cellulaire précède celle des fibres ; 2° que la lésion cellulaire est indépendante de la prolifération névroglique.

En effet, de même que, comme je l'ai montré en 1892 au Congrès de Blois, on peut trouver des cellules peu lésées au milieu d'une prolifération névroglique très intense, de même, et ce sujet en est un exemple, on peut trouver des cellules très malades au milieu d'une névroglie peu abondante.

J'ai tenu à vous signaler ces faits, parce qu'ils me paraissent plaider en faveur de l'opinion qui attribue à la cellule nerveuse le premier rôle, aussi bien au point de vue de la date que de l'importance de la lésion, dans la conception pathogénique de la paralysie générale.

M. MAGNAN, tout en admettant que l'hérédité et la dégénérescence jouent un rôle dans l'étiologie de la paralysie générale, pense que, de toutes les maladies cérébrales, la paralysie générale est la plus individuelle, celle qui dépend le plus des conditions de vie du sujet.

M. RÉGIS dit aussi que la dégénérescence n'a pas l'importance étiologique que lui attribue M. Joffroy, et il rappelle la rareté de la paralysie générale chez les imbéciles.

M. CHARPENTIER. — L'expression de dégénérés contre laquelle je me suis vainement élevé et devant laquelle il convient de s'incliner, puisqu'elle est reçue dans notre langage scientifique, n'en est pas moins une cause permanente de confusion. Ainsi s'explique le désaccord apparent entre M. Joffroy et M. Magnan. Le malade de M. Joffroy est bien un dégénéré, mais il est certain que les imbéciles, les idiots qui, eux aussi, sont des dégénérés, ne deviennent pas paralytiques généraux, car, pour faire de la paralysie générale, il faut avoir les moyens de la faire, et les idiots et les imbéciles, malgré leur dégénérescence, n'ont pas en eux de quoi produire la paralysie générale.

M. DOUTREBENTE. — Personne n'a nié l'influence de l'hérédité dans la paralysie générale, sa thèse inaugurale en cite une douzaine de cas, démontrant qu'il convient d'en faire une variété spéciale.

M. ARNAUD trouve excessive l'opinion de M. Charpentier. La paralysie générale n'est certes pas fréquente chez les imbéciles, mais elle n'est pas absolument exceptionnelle. Après Morel, M. Christian et M. Foville, il en a rapporté, en 1888, deux cas suivis d'autopsie. D'autres faits du même genre ont été publiés depuis par Capelletti (de Ferrare), ce qui porte à neuf ou dix les cas authentiques, avec autopsie, de paralysie générale chez les imbéciles.

MM. DOUTREBENTE et RÉGIS répètent que l'hérédité à incriminer dans la paralysie générale est l'hérédité cérébrale, mais non l'hérédité vésanique.

M. LANNOIS

Mélanodermie chez les épileptiques

En prenant possession du service des épileptiques de l'hôpital du Perron, au mois d'août 1897, j'avais été surpris de constater chez une de mes malades l'existence d'une mélanodermie très intense. La photographie de cette lésion cutanée ne m'ayant pas donné de résultats satisfaisants, j'essayai de la faire représenter par une aquarelle qui, elle aussi, fut loin d'une reproduction exacte.

Quelques semaines plus tard, M. Féré publiait dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* une très intéressante note *sur un cas de mélanodermie récurrente chez un épileptique apathique*, accompagnée de deux photographies reproduisant très heureusement la lésion cutanée que j'avais moi-même observée. Il y avait entre les deux une identité absolue. J'examinai alors à ce point de vue tous les épileptiques de mon service qui sont au nombre de cent trente environ et je trouvai très rapidement cinq cas de ce trouble singulier de la pigmentation cutanée.

Voici d'abord mes observations que j'ai résumées autant que possible :

Observation I

La nommée G..., âgée de vingt-cinq ans, entrée au Perron en juin 1889, ne présente rien à signaler dans ses antécédents héréditaires, sauf l'inégalité d'âge des parents, la mère ayant trente-un ans et le père vingt-deux au moment de la naissance.

Début des crises sans cause connue à quatorze ans. A eu d'abord deux ou trois crises par semaine, n'en a plus guère que cinq ou six par mois.

Ce sont de grandes crises typiques. Elle a en outre parfois des secousses dans lesquelles elle laisse tomber des objets, mais sans perte de connaissance.

Elle présente une insuffisance mitrale et a eu à diverses reprises des épanchements pleurétiques.

Elle est moyennement développée ; peau brune, cheveux châtains, iris brun sans inégalité pupillaire.

La mélanodermie est caractérisée par des éléments comprenant une zone périphérique plus ou moins fortement pigmentée. La partie décolorée varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. La forme est généralement arrondie, mais parfois dessine des figures plus ou moins géométriques (angles, demi-cercles, stries) ou tout à fait irrégulières par fusions réciproques de taches voisines. La zone pigmentée présente une coloration allant du jaune le plus pâle, à la teinte café au lait et même chocolat en certains points, notamment au niveau de l'aisselle, du cou, de la ceinture abdominale. Les parties pigmentées entourant les zones pâles sont confluentes par fusion avec les parties voisines.

La mélanodermie occupe toute l'étendue du cou, du tronc et de l'abdomen, la partie supérieure des fesses, le triangle du scarpa et la face externe de la cuisse jusqu'au grand trochanter. Le reste des membres inférieurs, les membres supérieurs, sauf au niveau de la face interne du bras correspondant à l'aisselle, la face, sont complètement indemnes. A signaler en outre sur les seins des croûtes jaunâtres, humides, d'aspect eczémateux, siégeant exclusivement au milieu de l'aréole et du mamelon.

Au point de vue mental, la malade est intelligente ; elle a reçu l'instruction primaire ; cependant la mémoire a beaucoup diminué. Elle est facilement émotive et irritable. Un ou deux jours avant les crises, elle devient très acariâtre, sujette a de violents accès de colère, s'offusque de la moindre contrariété, dit des injures à ses compagnes, plus rarement les frappe. Elle redevient plus maniable les jours qui suivent ses crises.

Observation II

La nommée Lh. Brigitte, âgée de vingt-six ans, est à la salle Riboud depuis le 27 mars 1889.

Le seul renseignement qu'on trouve dans ses antécédents héréditaires est une frayeur de la mère pendant la grossesse.

Les crises ont débuté à vingt mois, se sont continuées jusqu'à dix ans, ont disparu jusqu'à quatorze pour revenir avec l'établissement des règles. Elles sont fréquentes, survenant par séries au moment des règles, très complètes et présentant cette particularité d'être précédées d'une aura de tous points comparable à l'aura hystérique ; sensation de boule partant du ventre, remontant au cou avec constriction de la gorge.

C'est une fille de taille moyenne, à chevelure blond-roux, à peau blanche, à iris bleu avec de l'inégalité pupillaire, la pupille gauche étant plus grande que la droite.

La mélanodermie présente exactement les mêmes caractères que chez la malade précédente et est identique avec celle que nous retrouverons chez nos autres malades.

Elle occupe au cou toute la face antérieure, mais non les faces latérales et postérieures ; elle couvre toute l'étendue du tronc et de l'abdomen, sauf la zone située au-dessus d'une ligne circulaire passant par la base des aisselles. Elle occupe également toute la région fessière et s'étend au triangle du scarpa et à la face interne de la cuisse sous forme d'un triangle à base supérieure et à sommet inférieur distant de 5 ou 6 centimètres du genou ; elle s'arrête sur la face externe de la cuisse à une ligne prolongeant en avant le pli fessier.

Rien sur le reste des membres inférieurs ni aux membres supérieurs, sauf au niveau de la face interne du bras répondant à l'aisselle. La face est indemne.

La pigmentation est maxima à la région axillaire, à la ceinture, le long du rachis et aux lombes. Le sein droit présente au niveau de l'aréole une desquamation en squames jaunâtres, comme chez la précédente. Comme état mental, la malade a le facies peu intelligent ; c'est à peine si elle sait lire, ne sait pas écrire. Elle peut s'occuper à la lingerie dans ses bons moments, mais il lui arrive fréquemment d'avoir des périodes de dépression mélancolique dans lesquelles elle ne veut plus rien faire et refuse de manger : elle est restée parfois vingt-quatre heures sans prendre de nourriture. Elle a en même temps des idées noires et des tendances au suicide ; il y a peu de temps se disant abandonnée de sa mère, elle a acheté un couteau avec l'intention de se tuer et fut surprise au moment où elle se l'introduisait dans la bouche ; plus récemment elle a fait une tentative de strangulation avec un mouchoir.

Observation III

La nommée Bern. Louise, âgée de dix-sept ans, est entrée le 8 février 1894 à l'hospice du Perron, après avoir suivi pendant quelque temps la consultation gratuite de l'Antiquaille.

Rien dans les antécédents héréditaires ; a eu dans les quatre premiers mois de sa vie une nourrice qui avait été enfermée deux fois pour épilepsie et folie.

Elle a présenté des crises fréquentes (quinze à vingt par jour) dans sa première enfance ; première grande crise à cinq ans ; n'a cessé d'en avoir depuis. Ces crises sont absolument caractéristiques et ont amené plusieurs fois l'état du mal. Elles sont surtout nocturnes, reviennent par série de quinze à vingt, quelfois davantage.

Elle est peu développée physiquement. Les cheveux sont châtain brun et l'iris brun, sans inégalité pupillaire ; d'une façon générale sa peau est brune.

La mélanodermie avec ses caractères toujours identiques, couvre le cou, le tronc, l'abdomen, disparaissant cependant au-dessus des épines de l'omoplate, s'étend à la partie supérieure des fesses et au triangle de scarpa. L'aréole des seins est très fortement pigmentée. La pigmentation est maxima au cou, à la partie inférieure du dos et du ventre.

État intellectuel. -- La malade a toujours été indisciplinée. A dix ans elle a fui la maison paternelle (où peut-être elle était maltraitée) pour se livrer au vagabondage. Masturbations fréquentes : a eu à cette époque des rapports sexuels. Depuis son entrée on a pu lui apprendre un peu à lire et à écrire, mais il est impossible de lui apprendre un travail de couture. L'intelligence est certainement peu développée, elle comprend mal les questions et ne peut y répondre. Lorsque ses crises reviennent par série, elle reste parfois plusieurs jours dans un état de stupidité presque complète.

Observation IV

La nommée Antoinette B..., est hospitalisée aux Chayeaux depuis le 20 novembre 1879 ; hérédité très chargée du côté paternel : sa grand'mère avait des crises d'épilepsie ; le père et une tante sont morts aliénés ; le premier à Brou, la seconde à Antiquaille.

Elle-même a eu dans l'enfance plusieurs attaques de chorée entre onze ans et quinze ans. Au cours d'une de ses récidives de chorée elle a été prise de crises épileptiques subintrantes dès le début et qui se sont renouvelées depuis très fréquemment ; elle en a eu jusquà 210 par année, mais elles vont en diminuant.

A depuis plusieurs années des accès d'asthme très accentués.

Elle présente la même mélanodermie que les malades précédentes. Au niveau des aisselles, des reins et surtout de la ceinture. depuis la base du cou jusqu'à la racine des cuisses, elle présente un très grand nombre de petites taches irrégulières du volume d'une pointe d'épingle à une lentille où la peau est décolorée et d'aspect blanc jaunâtre ; le pourtour de tous ces petits points décolorés est au contraire marqué par une teinte beaucoup plus foncée, presque noire. Absence de cette pigmentation sur la partie moyenne de la poitrine, entre les seins, sur la figure, les bras et les membres inférieurs.

Cette malade est brune de peau et a les cheveux noirs.

Elle a eu parfois des troubles mentaux passagers à la suite de ses crises, avec hallucinations et conversations avec des personnages imaginaires ; d'autres fois on l'a vue entrer dans un état d'inconscience absolue, pousser des cris, avoir la tête agitée continuellement par des oscillations à droite et à gauche ; mais actuellement cette malade a toute sa raison, n'est pas déprimée et on n'a à lui reprocher qu'un peu de dissimulation.

Observation V

Le nommé Ch. Jean, âgé de trente-neuf ans, est entré à l'hospice du Perron en mars 1882.

Les renseignements au point de vue héréditaire sont absolument négatifs.

Il aurait des crises depuis l'âge de trois ans à la suite d'une frayeur. Elles semblent avoir été très fréquentes au début (dix à quinze par jour) ; le sont beaucoup moins actuellement, car il n'en a pas plus de quatre à cinq par mois. Elles sont surtout nocturnes. Il les sent venir, crie, appelle au secours ; elles sont très intenses.

C'est un homme bien développé, de taille un peu au dessus de la moyenne. à peau généralement brune, à cheveux châtain clair, à iris gris clair sans inégalité papillaire.

La mélanodermie couvre la partie inférieure du cou, le tronc

et l'abdomen, sauf sur la partie antérieure du thorax où elle n'existe qu'aux confins externes de la région pectorale ; envahit les fesses jusqu'au pli fessier, la face interne de la cuisse sous forme de triangle à sommet inférieur situé environ à mi-cuisse jusqu'à une ligne prolongeant en avant le pli fessier.

Rien sur le reste des membres inférieurs ni aux membres supérieurs, non plus qu'à la face.

La pigmentation est maxima dans la région sous-ombilicale de l'abdomen et à la face interne de la cuisse, dans la région axillaire et le dos.

Le malade a été un impulsif dangereux qui a plusieurs fois tiré son couteau contre les gardiens. actuellement il se plaint assez facilement, mais lorsqu'on sait le prendre, il devient serviable et fait parade de ses bonnes intentions ; il dit alors qu'il est très content, se vante de son aptitude au travail, ce qui, avec un peu de difficulté de la parole, du bredouillement et quelques secousses dans la moitié gauche de la lèvre supérieure, fait songer à un début de paralysie générale.

En résumé, chez les cinq malades, la mélanodermie s'est présentée avec des caractères d'identité absolue. Toujours il s'agissait d'une pigmentation anormale occupant le tronc depuis la racine du cou jusqu'à la naissance des cuisses, avec maximum au niveau des points de frottement (aisselles, ceinture), respectant la face et les membres. La distribution de la pigmentation était la même dans le cas de M. Féré.

Cette pigmentation n'est pas continue : elle rappelle en petit les cas de vitiligo où l'on voit des plaques blanches entourées de zones plus foncées : elle est constituée en effet par de petits points arrondis, larges comme une tête d'épingle ou une lentille, parfois coalescents, de coloration blanche ou jaune pâle, dont le pourtour est foncé, brun ou presque noir.

Quatre de mes malades étaient bruns, mais je ne crois pas qu'il y ait là de condition spéciale relative à l'apparition de la mélanodermie ; il n'y a là qu'un fait en rapport avec le nombre prédominant des bruns dans notre région. Une de mes malades était en effet une blonde, à peau blanche et à iris bleu.

On pourrait se demander s'il n'y avait pas de relation entre cette mélanodermie et la bromuration à laquelle sont soumis nos malades puisqu'on sait que certains métaux, le plomb, l'argent, l'arsenic, etc., peuvent donner des colorations anormales à la peau. Mais c'est une idée qu'on écarte vite en présence des lésions cutanées caractéristiques de la saturation bromurée et de la rareté relative de la mélanodermie chez les épileptiques.

Il ne s'agit pas non plus ici de lésions de grattage comme celles qu'on observe dans la maladie des vagabonds par exemple.

M. Féré, qui a passé en revue toutes les conditions susceptibles de modifier la circulation et la pigmentation de la peau fait remarquer que dans son cas la mélanodermie variait d'intensité et augmentait lorsque son malade était pris d'accès d'apathie avec amaigrissement et confusion mentale sans délire. Chez nos malades la lésion cutanée ne m'a pas paru varier sensiblement, sauf chez la malade de la troisième observation où la peau s'éclaircissait lorsqu'on s'éloignait des périodes de dépression consécutives aux accès subintrants : la modification restait d'ailleurs toujours légère. — L'état psychique du malade de Féré m'a fait signaler dans mes observations les troubles mentaux de mes malades, mais on a su qu'ils n'étaient pas comparables entre eux et il est difficile d'établir un rapport entre eux et la mélanodermie.

C'est cependant l'état du système nerveux qui doit commander les troubles de la pigmentation cutanée. Je ne les estime d'ailleurs pas spéciaux à l'épilepsie ; ils ont été signalés, ou du moins des modifications analogues (vitiligo, etc.), chez certains aliénés, dans le goître exophtalmique, etc.

Ce sont en somme des modifications trophiques de la peau très comparables aux troubles trophiques qui se passent du côté des poils, des ongles, aux ecchymoses sous-cutanées, etc. dans les maladies du système nerveux ou dans les névroses. Leur mécanisme nous échappe bien qu'il paraisse rationnel de faire intervenir dans leur production l'action du sympathique.

MM. les Drs JABOULAY et LANNOIS

Sur le traitement de l'épilepsie par la sympathectomie

L'historique du traitement de l'épilepsie dite essentielle par les interventions sur le sympathique cervical a déjà été fait bien souvent : aussi n'en donnerons-nous qu'un court résumé.

On sait qu'Alexander avait d'abord proposé de modifier la circulaire cérébrale des épileptiques en liant les artères vertébrales, mais ses opérations ne lui ayant donné aucun résultat, il essaya dès 1883 un procédé absolument opposé. Au lieu de chercher l'ischémie cérébrale et bulbaire, il imagina de pratiquer la section du sympathique. C'est en 1889 seulement qu'il publia un volume consacré aux résultats qu'il avait obtenus et qui parurent assez encourageants pour permettre de nouvelles tentatives. Sur 24 cas il en donnait 6 comme guéris, 10 améliorés spécialement au point de vue mental, 4 restés stationnaires, aucun aggravé. Il avait cependant eu deux cas de mort après l'opération.

La même année Baracz, de Lemberg, pratiquait la résection des deux sympathiques suivant les indications d'Alexander, tout en conservant la ligature des vertébrales et, en 1893, le même auteur conseillait déjà de remplacer cette opération par la résection totale et bilatérale de la chaîne sympathique au cou.

En 1890, Kummel répétait l'opération, mais en n'enlevant qu'un seul des ganglions sympathiques supérieurs.

En 1892, Jacks tenta la guérison de l'épilepsie en liant en masse les artères et les veines vertébrales avant leur entrée dans le canal osseux et en sanctionnant le sympathique au-dessus du ganglion cervical inférieur.

En 1893, Bogdanik extirpa le ganglion cervical moyen.

A l'étranger cette opération a été répétée un certain nombre de fois, notamment par Donath, qui, dans trois cas, n'a pas eu de résultat favorable, et par Otero Acevedo, qui

dit que son malade fut amélioré : à noter en passant qu'il eut une sorte de délire religieux passager.

En France, c'est Jaboulay qui le premier pratiqua cette opération au mois de janvier 1894 sur un malade de M. Lépine dont nous rapportons le cas plus loin.

Puis M. Chipault, dans le tome second de sa *Chirurgie opératoire du système nerveux* (1895), donna une description très étendue de la technique opératoire.

En 1898, au Congrès français de chirurgie, M. Jonnesco, reprenant la même idée que Baracz, préconisa la résection totale et bilatérale du sympathique cervical pour actionner à la fois les artères vertébrales et les carotides. Il a donné une description complète de sa technique dans les Travaux de neurologie chirurgicale de 1897.

En 1898 on trouve un assez grand nombre de travaux. Jaboulay publie cinq cas inédits. Schapiro, dans sa thèse, cite un cas de Tuffier qui a enlevé le ganglion cervical moyen. Ricard a pratiqué la sympathectomie supérieure avec un insuccès thérapeutique complet. Chipault, rapporte trois observations qui lui ont donné des résultats encourageants. Nous signalerons aussi la thèse de Briand, à Bordeaux, et celle de Braun, à Bucharest.

Enfin dans la séance de l'*Académie de médecine* du 18 avril 1898, M. Jonnesco a donné les résultats définitifs qu'il a obtenus dans l'épilepsie par la résection totale et bilatérale de la chaîne sympathique cervicale. Il a opéré ainsi 35 épileptiques. « De ces malades, 15 sont assez anciens et ont pu être suivis; ils m'ont donné : 9 guérisons complètes, 4 améliorations et 2 insuccès. Sur les 9 guéris, 5 le sont depuis un an et demi, 1 depuis un an et un mois et les 3 autres depuis neuf mois à un an. Donc j'ai obtenu 56.25 0/0 de guérisons; 26.6 0/0 d'améliorations et 17.15 0/0 d'insuccès. » — On remarquera qu'il n'est pas fait mention des 20 autres cas (1).

(1) Depuis la rédaction de ce travail, M. Jonnesco a présenté au Congrès de chirurgie (oct. 1898) des résultats qui nous paraissent extraordinairement heureux. Il a opéré, par la résection bilatérale et totale du sympathique, 45 malades dont 6 sont morts. Comme dans sa communication à l'Académie, il ne donne les résultats défini-

En résumé on voit que les résultats obtenus par les expérimentateurs sont assez différents les uns des autres, puisqu'on peut les classer en guérisons, améliorations, états stationnaires et même aggravations. Il n'est donc pas étonnant que des opinions contradictoires et nettement opposées aient pu être émises sur la question.

Nous avons donc pensé qu'il y aurait intérêt à continuer les recherches déjà commencées par l'un de nous dans ce sens (1) et à les faire porter sur un nombre suffisant de cas pour étayer notre conviction. Il était nécessaire aussi d'avoir des malades d'asile que l'on pût suivre assez longtemps pour se rendre compte de l'évolution ultérieure des résultats obtenus. Le plus souvent en effet les malades opérés dans les services généraux de chirurgie disparaissent rapidement, et l'on ne sait si les améliorations constatées n'ont pas été très passagères, ou, inversement, si après une exacerbation des crises il n'est pas survenu une phase de détente plus ou moins complète.

Le nombre des cas sur lequel est basée cette note est de seize. Six de ces cas ont déjà été indiqués dans une des notes à laquelle nous venons de faire allusion. Nous donnerons ici les autres observations en les résumant à leurs points essentiels. Disons de suite que, comme les autres observateurs, nous avons eu des cas de guérison, d'amélioration, d'état stationnaire et d'aggravation.

tifs que de 18 cas dont 10 guéris depuis deux ans à six mois, 6 améliorés notablement et 3 insuccès.

A signaler aussi une très intéressante communication de M. Laborde à l'Académie et à la Société de biologie : sur un cobaye rendu expérimentalement épileptique par l'hémisection de la moelle qui détermine une zone épileptogène cervicale, la section du sympathique n'empêche pas les excitations de cette zone de déterminer les accès épileptiques, mais elle les atténue considérablement. Si la résection des deux sympathiques cervicaux est faite d'une manière *préventive*, avant l'opération productrice de l'épilepsie, elle n'exerce aucune influence appréciable.

Consulter également un très bon travail d'un de nos élèves, le Dr Jojot (thèse de Lyon, 1898).

(1) Jaboulay, *Le traitement de l'épilepsie par la section du sympathique cervical* (*Lyon médical*, fév. 1898) et *Travaux de neurologie chirurgicale*, 1897.

Notre cas de guérison le plus important et le plus net est le suivant :

Observation I

Le nommé Buis..., âgé de dix-huit ans, est entré au Perron en décembre 1897. — C'est un enfant né à la maternité de la Charité sur lequel on manque totalement de renseignements.

Placé comme berger dans les environs de Belley. il vint au commencement de l'année 1897 dans un service de l'Hôtel-Dieu pour une affection aiguë qui paraît avoir été une pneumonie et pour laquelle on lui appliqua des ventouses scarifiées sur la poitrine. De là il avait été envoyé à la Charité, aux Enfants-Assistés, en attendant d'être placé à nouveau. Il eut à ce moment une vive frayeur qu'il donne comme point de départ de ses crises en automne 1897. S'étant introduit dans l'amphithéâtre, à la tombée de la nuit, il y fut enfermé par ses camarades et eut une violente terreur lorsqu'il se vit en présence de plusieurs cadavres d'enfants : la même nuit il eut sa première crise.

Toutefois, et malgré l'imperfection des détails que l'on peut obtenir de lui, il semble bien qu'il ait eu auparavant des phénomènes nerveux assez nets : des quintes de toux spasmodiques amenant le vomissement : sensations vertigineuses avec éblouissement. brouillard devant les yeux, giration des objets ; sensation d'étouffement à la gorge qu'il compare spontanément à une boule qui l'étranglait. Ces phénomènes apparaissent depuis l'âge de quatorze ans, associés ou isolés.

Quoi qu'il en soit, Buis..., après une période d'observation à l'hôpital Saint-Pothin, fut admis aux épileptiques du Perron, où on constata qu'il présentait des crises très fréquentes, de 2 à 8 par jour, et que celles-ci étaient de deux ordres.

D'abord de grandes crises ayant toutes les caractères du mal comitial : sans aura, un cri initial perçant, une chute brusque, des mouvements convulsifs toniques et cloniques. de l'écume sanglante à la bouche avec morsure de la langue, émission involontaire des urines.

En second lieu des crises plus fréquentes, parfois précédées comme aura de la sensation de constriction à la gorge, le plus souvent sans cri initial. Le plus souvent il a d'abord quelques grimaces dans la face, puis des mouvements convulsifs dans les membres supérieurs durant environ trente secondes, puis le malade tombe. Plusieurs de ces crises ont pu être observées. Le

malade, si on l'a soutenu, reste assis par terre, les jambes étendues, le tronc fléchi sur les cuisses, la tête penchée sur le sternum; les bras sont collés contre le thorax, les avant-bras à angle droit sur les bras et ramenés devant la poitrine. Au bout d'une minute environ, quelques mouvements cloniques apparaissent dans le bras droit, très peu étendus, et de courte durée. Très rapidement survient une phase de stertor avec un peu d'écume à la bouche, puis les yeux se tournent en haut dans une sorte d'extase. Il a probablement à ce moment une hallucination car il paraît suivre quelque chose qui passerait au-dessus de lui et fait des mouvements coordonnés des bras et des mains pour saisir ce qu'il voit. — Si on l'interroge à ce moment, il répond assez bien, dit qu'il est abattu et qu'il voit trouble : il a du tremblement dans le masséter et le temporal gauche et la tête tremble en masse, présentant surtout des oscillations dans le sens antéro-postérieur. — Pas de morsures de la langue ni d'émission d'urine.

Outre ces deux variétés de crises, il a aussi fréquemment de courts accès de tremblement généralisé, sans perte de connaissance.

Le malade est grand, bien constitué, un peu maigre, sans malformation, ni paralysie : la force musculaire est normale, les réflexes un peu forts. — Rien au cœur ni aux poumons ; l'appareil digestif est bon. L'intelligence est peu développée.

Indice céphalique : 83.4. Pas d'asymétrie faciale, dentition bonne, voûte très ogivale. Les oreilles sont en anse avec tubercules de Darwin : audition normale. — Aux yeux, pupilles très dilatées, réagissant bien ; la vue est bonne. — Rien à noter du côté du goût et de l'odorat.

La sensibilité paraît normale, sauf la présence de points où il existe de l'hyperesthésie, notamment à la partie antérieure de l'avant-bras droit. La pression des testicules est douloureuse et amène la sensation de strangulation ; il en est de même pour la partie supérieure du sternum et pour deux points de la colonne vertébrale, au niveau des 5e, 6e et 7e cervicales et des 3e et 4e dorsales.

Aucune amélioration n'ayant été obtenue par le bromure et les crises ayant au contraire une tendance très nette à augmenter de fréquence, le malade fut envoyé le 29 mars 1898 dans le service de M. Jaboulay qui pratiqua d'un côté la sympathectomie et, de l'autre, l'élongation du pneumogastrique.

A dater de ce moment le malade n'a plus pris de crises

d'aucune espèce. Ramené au Perron, il n'a plus voulu rester avec les épileptiques, et comme le service des Enfants-Assistés voulait l'y maintenir, au moins en observation, il s'évada à deux reprises, le 6 et le 11 mai. Actuellement (novembre 1898) il est toujours dans le même état de guérison apparente et parle de s'engager.

Le résultat a donc été dans ce cas véritablement éclatant. Le malade qui prenait des crises d'épilepsie non contestables, au moins en apparence, a été radicalement guéri après la sympathectomie et la guérison se maintient après huit mois. Doit-on cependant le considérer comme à l'abri de toute controverse? Evidemment non, car ce malade était en même temps un hystérique, ainsi que le prouvent ses quintes de toux spasmodiques, ses éblouissements, les sensations de boule qu'il ressentait avant sa première grande crise, la présence des zones hystérogènes que nous avons constatées au niveau des testicules, de la colonne vertébrale, etc., aussi bien que la période extatique et hallucinatoire qui suit certaines de ses crises à caractère indéterminé. C'est là un point sur lequel nous ne saurions trop insister et sur lequel nous aurons d'ailleurs à revenir à propos des cas suivants.

Il faut d'ailleurs tenir compte chez ce malade d'un autre facteur opératoire important, l'élongation du pneumogastrique. Voici comment s'exprime l'un de nous à ce sujet (1) : L'élongation du pneumogastrique peut modifier l'excitabilité soit de la région bulbo-protubérantielle par les tractions exercées du côté de ses origines, soit des branches de ce nerf qui se rendent aux appareils digestif, respiratoire et circulatoire. — La modification de la région bulbo-protubérantielle, région des centres nerveux si délicate à aborder directement, est réalisée par elle... et elle paraît exercer une influence réelle sur ce territoire que Schrœder van der Kolk indiquait comme le centre des mouvements convulsifs et qu'il limitait au voisinage de l'aile grise, du locus cœruleus et de l'enumentra tires...

(1) Voir le *Lyon médical* du 17 avril 1898.

Quand cette élongation est faite d'un côté et combinée à la section du sympathique unilatérale, les effets périphériques cardiaques se compensent et l'encéphale tout entier est modifié. »

Hâtons-nous d'ajouter que cette élongation du pneumogastrique fut pratiquée également sur le malade de l'observation XIV, sans qu'elle ait paru modifier la fréquence de ses crises, et que chez le malade de l'observation V elle fut suivie d'une amélioration.

Notre deuxième catégorie comprend les cas dans lesquels il s'est produit une amélioration. Celle-ci a parfois porté, d'une façon assez inattendue, sur l'état intellectuel, laissant les manifestations convulsives sans changement, comme dans l'observation suivante. Inversement nous retrouverons plus loin des cas où des manifestations psychiques, plus ou moins accusées, plus ou moins permanentes, se sont produites après l'intervention sur le sympathique.

Observation II

Malade cité dans le *Lyon médical*, fév. 1898. — Épileptique opéré en 1896; n'a subi aucune diminution des crises, mais a éprouvé une modification nette au point de vue du caractère. Irascible et emporté, il est devenu relativement calme et pondéré depuis l'opération.

Dans d'autres cas, ce sont bien les crises convulsives qui sont amendées dans une certaine mesure. Telles sont les observations suivantes :

Observation III

Malade cité dans le *Lyon médical*, fév. 1898. — Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans qui prenait chaque jour une vingtaine de crises *hystéro-épileptiques*. Après l'ablation bilatérale du ganglion cervical supérieur, les crises diminuèrent et furent d'abord réduites à deux ou trois. Un mois après l'opération il quittait le service, n'ayant à peu près plus de crises. — On n'a pas eu de renseignements ultérieurs.

Observation IV

La nommée G..., Anna, est âgée de vingt ans, célibataire ; elle exerce la profession de tisseuse. Son père est bien portant, sa mère paraît être de tempérament nerveux. Un frère de vingt et un ans, bien portant.

A l'âge de huit ans, chorée qui dura un an. A treize ans, réglée régulièrement.

A quinze ans (septembre 1893) première crise épileptiforme. Sans cause apparente, pendant que la malade était à son travail, elle a poussé un cri, est tombée, s'est débattue à terre. Elle avait de l'écume à la bouche. La perte de connaissance a duré vingt minutes. La malade n'a gardé aucun souvenir de ce qui s'était passé.

En octobre 93, pleurésie gauche avec pleurodynie droite, amaigrissement, toux. La pleurésie cède au bout de quatre mois à un traitement révulsif.

Les crises épileptiformes se reproduisent : 2 fois en janvier 1894, 3 en février, 2 dans la même semaine en avril, 2 au commencement de mai. Du 9 mai au 14 juin, séjour à l'hospice de l'Antiquaille, dans le service des épileptiques. Elle a eu deux grandes crises et 6 attaques de petit mal.

Depuis cette époque les crises persistent parfois en série, se produisent une à deux fois par mois, surtout aux périodes menstruelles. En outre la malade présente des vertiges avec éblouissements.

Avant les crises, pas d'aura, mais cri initial, la malade tombe (cicatrices d'une brûlure faite pendant une crise), convulsions toniques, puis cloniques, débutant aux membres supérieurs et s'étendant aux membres inférieurs et à la face. La fin de la crise est marquée par des pleurs et une émission involontaire d'urines.

29 juillet 1898, section du sympathique gauche. La première crise après l'opération est survenue le 7 septembre. Deux autres crises dans le courant d'octobre. Pas de crise au mois de novembre.

Observation V

Le nommé P... Joseph, électricien, âgé de vingt-cinq ans. Père vivant et bien portant. Mère nerveuse, sujette aux mi-

graines, eut des idées de suicide pendant deux mois, après des ennuis, et finit par les mettre à exécution en se jetant dans le Rhône. — Pas d'affection nerveuse dans la famille.

Dans l'enfance le malade a eu un tœnia : pas de syphilis. Bonne santé habituelle jusqu'à dix-huit ans, où les crises débutèrent. Mais il avait des habitudes d'alcoolisme et passait rarement une semaine sans se mettre en état d'ivresse.

Première crise à dix-huit ans, après une querelle avec ses parents. Elle dura trois heures et le malade garda le lit pendant quatre jours. La deuxième crise survint un mois après et, comme les suivantes, ne dura que trois ou quatre minutes. Depuis elles reviennent assez irrégulièrement, parfois tous les mois, quelquefois en séries.

Les crises sont complètes avec perte de connaissance, morsure de la langue, etc. Toutefois il n'a pas de cri initial et ne semble avoir jamais eu d'incontinence des urines ou des matières.

Comme particularité intéressante, il faut signaler une aura de longue durée, parfois un quart d'heure, consistant en décharges électriques dans les bras, surtout le droit, et dans tout le corps : il a en même temps de légers vertiges et un besoin urgent de défécation. La crise peut d'ailleurs se limiter à ces phénomènes, qui cessent dès que le malade a été à la selle.

Au mois d'avril le malade, qui n'avait pas eu de crises depuis le début de janvier, en eut deux de suites, le 15 et le 19 avril, vint se plaindre de mal de tête persistant avec point douloureux au sommet du crâne, et réclama une intervention dont il avait entendu parler.

Entré le 21 avril dans le service de M. Jaboulay, il y subit une double sympathectomie en deux temps, à quinze jours d'intervalle, avec l'élongation du pneumogastrique gauche. Dans ce laps de temps il prit cinq crises. Sorti le 14 mai, il prit une crise très violente le 15 d'une durée de trente-cinq minutes; depuis trois jours il avait des secousses qui lui annonçaient sa crise.

Revu en novembre 1898, il n'avait eu qu'une crise le 20 août, ne ressentait plus guère de secousses et se disait très amélioré.

A noter qu'il avait subi l'élongation du pneumogastre gauche.

Observation VI

Le nommé Narcisse Jacq..., âgé de vingt-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu en juin 1898. On n'a pas de renseignement sur ses

antécédents ; son père et sa mère sont morts et il a perdu plusieurs frères en bas âge ; il lui reste un frère et deux sœurs bien portants.

Il a fait trois ans de service militaire et c'est à la fin, c'est-à-dire à vingt-quatre ans, qu'il commença à prendre des convulsions (?) qui duraient une heure, sur lesquelles il s'explique mal et qui paraissent avoir été hystériques.

A ce moment il fit une chute sur la tête, d'une hauteur de deux mètres, et un mois après il eut une première crise à caractère assez nettement comitial. Ces crises reviennent tous les quatre à cinq jours. Elles s'accompagnent souvent d'aura sensitive débutant dans l'un ou l'autre des membres inférieurs, remontant jusqu'au thorax : il tombe alors en perdant connaissance. Malgré la durée de cette aura, il ne peut choisir le lieu de sa chute, car il a en même temps un étourdissement avec bourdonnement d'oreilles et obnubilation de la vue. La perte de connaissance est complète, les mouvements sont toniques et cloniques, il y a morsure de la langue, émission involontaire des urines. Lorsque le malade revient à lui, au bout d'un temps assez long, il a généralement une crise d'hilarité.

Ce malade présente des stigmates très nets d'hystérie : hémianesthésie gauche complète avec perte du sens musculaire ; rétrécissement concentrique très accusé des deux champs visuels ; zones hystérogènes au niveau des testicules, dans les fosses iliaques, sous les seins, le long de la colonne dorsale et lombaire.

Asymétrie faciale.

De plus il présente un tremblement généralisé, mais prédominant aux membres supérieurs et à la face et qui paraît de nature hystérique.

A la face on note du nystagmus, du tremblement des paupières, des lèvres et de la langue qui déterminent une sorte de bégayement dont le début remonte aux premières crises. Le tremblement est très net aux membres supérieurs et s'arrête parfois sous l'influence de la volonté : c'est ainsi que le malade peut manger et écrire une lettre assez longue. Aux membres inférieurs la démarche est spasmodique ; les réflexes sont tous exagérés et il y a un certain degré de contracture.

La double sympathectomie a été pratiquée le 24 juin : elle donna lieu à un accident à droite, ce qui empêcha de faire la section de ce côté : il y eu une rupture de la jugulaire interne. L'hémorragie fut facilement arrêtée par des tampons et la compression Le soir même on note du ptosis à gauche (côté sec-

tionné), de la rétraction du globe oculaire, de l'inégalité pupillaire avec myosis gauche, une vascularisation intense de la conjoncture gauche.

Le lendemain disparition de l'hémianesthésie et diminution très considérable du tremblement surtout aux mains.

Les jours suivants il ne se produisit aucune crise, mais seulement de légers étourdissements et on constata une augmentation du champ visuel.

Le 21 juillet, un mois après l'opération, le malade reprit une crise complète avec perte de connaissance, etc.; elle a semblé cependant moins intense. Le malade satisfait de l'amélioration obtenue, est sorti de l'hôpital et n'a plus été revu.

Voici donc tout un groupe de cas dans lesquels l'amélioration est encore assez manifeste. Le malade de l'observation V notamment, qui a été revu ces jours-ci, se dit très soulagé, non seulement au point de vue du nombre des crises qui se sont en effet espacées, mais au point de vue des phénomènes accessoires qui accompagnent si souvent l'épilepsie (maux de tête, inaptitude au travail, irascibilité, etc.). Il y a loin cependant de ces améliorations à la guérison.

Mais le point qui mérite encore ici de retenir spécialement notre attention, c'est l'existence chez tous ces malades de symptômes qu'il est possible de rattacher à l'hystérie. Le malade de l'observation III est un hystéro-épileptique ; celui de l'observation VI a de l'hémianesthésie avec perte du sens musculaire, du rétrécissement du champ visuel, des zones hystérogènes, etc. ; le malade de l'observation V a quelques symptômes d'un classement difficile (vertiges, secousses musculaires, crises rectales).

On sait au reste comment les manifestations convulsives sont parfois d'un diagnostic ardu. Les exemples abondent d'erreurs commises par les observateurs distingués qui ont pris pour de l'épilepsie les manifestations de la grande hystérie mâle. M. Lépine en citait une observation à la séance de la Société des Sciences médicales où l'un de nous faisait présenter un cas typique de cette confusion toujours possible. Il s'agissait d'un jeune anglais dont voici l'histoire.

Henri L... (1), vingt trois ans, sujet anglais sans profession, entre à la salle Saint-Maurice, dans le service de M. le Dr Vinay, pour crises épileptiformes durant six ans.

En interrogeant le malade sur ses antécédents héréditaires, on apprend que sa mère est morte à l'âge de quarante-cinq ans, de paralysie générale. Son père est bien portant. Deux frères et deux sœurs en bonne santé

Le malade a eu un enfant qui est mort à l'âge de deux mois de diarrhée et de convulsions.

Il y a six ans, en arrêtant un cheval emporté, il fut précipité tête première sur le pavé. Cependant il n'eut aucune fracture et ne présenta sur le corps que quelques écorchures sans importance.

Transporté d'abord dans un hôpital, puis dans sa famille, le malade eut une perte de connaissance complète pendant trente-deux jours. Il ne peut donner aucun détail sur cette période. Remis de cet état et convalescent depuis quinze jours, il s'aperçut pour la première fois qu'il prenait des crises. Elles furent rares au début et n'apparaissaient qu'une fois par mois environ. Elles débutaient par des vertiges suivis d'une sorte de frémissement qui partait de la jambe gauche pour gagner le membre supérieur et de là le corps tout entier.

Pendant la crise, le malade se rendait fort bien compte de tout ce qui se passait autour de lui.

Plus d'une fois même il lui arriva, sentant venir sa crise, de se réfugier dans la première maison qu'il trouvait jusqu'à ce que les phénomènes nerveux eussent cessé. Cet état dura environ deux ans. A cette époque, c'est-à-dire en 1894, le malade se promenant dans la rue fut brusquement pris de vertige et s'affaissa. Il ne put se relever et resta cinq mois à l'hôpital avec paralysie des deux membres inférieurs et des sphincters. Sous l'influence d'électrisations faites pendant longtemps et graduellement, il retrouva l'intégrité de ses mouvements.

La paralysie des sphincters disparut aussi. Le malade se mit alors à voyager prenant des crises un peu partout : à Gex, Vesoul, Nice, Cannes, Genève, et entrant dans les hôpitaux de ces différentes villes, où la médication bromurée et hydrothérapique lui fut administrée largement.

Ayant entendu parler de la trépanation, il vint à Lyon pour se soumettre à cette opération.

(1) Publiée dans le *Lyon médical* du 9 janvier 1898, par Vignard.

Depuis ces quatre dernières années, les crises avaient augmenté d'intensité et de fréquence et s'accompagnaient de perte complète de connaissance. Le malade entre à la salle Saint-Maurice le 15 novembre 1897. Il est très difficile d'avoir des explications de sa part, car il ne répond qu'en anglais. Dès le soir même de l'entrée, il nous est possible d'assister à plusieurs de ces crises. Elles éclatent sans aura, sans cri initial : elles débutent par une phase tonique très courte suivie de mouvements cloniques, désordonnés des quatre membres.

Le malade écume et urine sous lui.

Il ne se mord pas la langue et en examinant sa bouche, on s'aperçoit que sa voûte palatine présente une ogive extrêmement accusée.

En outre, ses arcades dentaires, supérieure et inférieure, ne peuvent s'appliquer l'une contre l'autre à leur partie antérieure.

Quels que soient les efforts du malade, il reste toujours entre les incisives un intervalle permettant presque l'introduction du bout de l'index. Les crises se succèdent presque sans interruption et le malade, dans ses intervalles de lucidité, demande à grands cris une intervention.

Le 22 novembre, anesthésie à l'éther et application d'une couronne de trépan à la partie supérieure du pariétal gauche. Au cours de l'opération, M. Jaboulay remarque que l'os est extrêmement friable, mou et se laisse ébrécher avec la plus grande facilité.

Aucune lésion au-dessous de l'os. Incision de la dure-mère. Écoulement d'un peu de liquide céphalo-rachidien.

La tension intracranienne est fort diminuée et le cerveau, au lieu de faire hernie au dehors de ses membranes, semble fuir au contraire et se rétracter, au point que M. Jaboulay put craindre la production d'un épanchement sanguin entre la dure-mère et la substance cérébrale. Disons de suite que cette éventualité ne s'est pas produite.

Le lendemain de l'opération, le malade n'a pas eu de nouvelles crises et au grand étonnement de tout le monde, il répond dans le français le plus correct aux questions qu'on lui pose.

Il n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé depuis son entrée à l'hôpital, et en particulier a oublié totalement qu'il a reçu la visite du consul, du pasteur et qu'il a fait son testament. Pendant les trois jours qui ont suivi l'opération, la température s'est élevée entre 39 et 40°, sans aucune complication locale. Les

urines, à ce moment contenaient de l'albumine. Elles n'avaient pu être examinées, le malade les perdant sans cesse au cours de ses nombreuses crises. Celles-ci ne se sont pas reproduites, mais le malade a eu à plusieurs reprises des accès de somnambulisme.

L'examen de la sensibilité ne dénote en aucun point de zone d'hypéresthésie. Il y aurait plutôt dans certains points du retard de la sensibilité, surtout marquée du côté droit aux deux membres et à la région cervicale. Pas de rétrécissement marqué du champ visuel. Pas de dyschromatopsie. La cicatrisation de la plaie opératoire s'est faite très simplement et le malade s'apprête à retourner à Londres, très satisfait du résultat.

Malheureusement, le malade à sa sortie de l'hôpital (fin décembre 97) s'est livré à des excès de boisson, et ses crises recommencent vers les premiers jours de janvier 98. Elles se produisent bientôt tous les jours. Il rentre à l'hôpital et le 3 février, il subit une nouvelle opération : trépanation à droite.

Le 15 du même mois, il sort de l'hôpital, et le 17 février il a sa dernière crise.

Le malade s'est présenté dans le service à la fin du mois de novembre 98, s'est déclaré complètement guéri, et n'a pas eu de crise depuis le mois de février.

Si donc, dans tous les cas que nous venons de rapporter, il s'agit de malades qui sont à la fois épileptiques et hystériques, association relativement fréquente, de malades hystéro-épileptiques, les résultats favorables donnés par la sympathectomie perdent beaucoup de leur intérêt et de leur valeur. Les malades de cette catégorie peuvent être améliorés en effet par les opérations les plus diverses, par les trépanations entre autres. Bien plus, le choc opératoire pourra, à lui seul, avoir une influence considérable, soit directe et traumatique, soit suggestive. Et quel rôle ne serons-nous pas autorisés à faire jouer à l'auto-suggestion? Le malade de l'observation I, celui de l'observation V, sont venus eux-mêmes demander une opération qu'ils jugeaient grave et dont ils se promettaient d'avance le meilleur résultat.

Ce qui nous paraît donner plus de consistance à cette

manière de voir, c'est qu'en regard de ces malades améliorés, nous sommes restés impuissants à modifier l'état de ceux chez lesquels les manifestations convulsives avaient plus manifestement le caractère de l'épilepsie franche. Dans les observations suivantes l'état est resté stationnaire.

Observation VII

Malade dont l'observation a été rapportée par M. Lépine dans la *Revue de Médecine*, 1894, p. 436.

Il s'agissait d'un garçon de douze ans, atteint de malformations congénitales du côté gauche, ayant eu des convulsions à huit mois, et présentant des crises très fréquentes (petit mal et grandes attaques) depuis l'âge de neuf ans. La section du sympathique fut faite, au mois de janvier 1894, du côté droit pour actionner l'hémisphère cérébral opposé à la malformation des membres. L'insuccès fut absolu en ce qui concerne les crises épileptiques.

Observation VIII

Observation rapportée in extenso dans les *Travaux Neurologiques* de 1897. – Épilepsie essentielle. — Les crises ne cédèrent pas plus à la sympathicotomie, faite en 1895, qu'à la mobilisation de la totalité de la voûte cranienne.

Observation IX

Observation rapportée dans le *Lyon Médical*, février 1898.

Jeune homme de quinze ans, épilepsie essentielle. La libération d'une cicatrice au-dessus d'une arcade sourcilière fut suivie d'une amélioration passagère. Il y a un an on pratiqua l'ablation du ganglion cervical supérieur, mais celle-ci n'amena aucune modification. Le malade prend toujours des crises.

Observation X

Le nommé P..., Étienne, âgé de vingt et un ans, est hospitalisé au Perron depuis le mois d'avril 1896 après avoir fait un séjour aux épileptiques de l'Antiquaille. — Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels qui sont mal connus

(enfant assisté). On sait seulement qu'il a été maltraité en nourrice au point que la police a dû intervenir, qu'il se fit une fracture de la cuisse à huit ans en voulant embrasser son gros orteil, qu'il fut renversé à onze ans par une voiture qui lui passa sur le thorax et que les crises ont commencé à dix-huit ans, à la suite d'un violent coup de pierre qui lui fendit la lèvre supérieure.

Les premières crises consistèrent d'abord dans une sorte de tremblement avec somnolence consécutive, mais sans perte de connaissance, puis les grandes crises survinrent.

Celles-ci se produisent habituellement le matin et sont parfois précédées d'une aura (vertige dans lequel il voit les objets tourner de gauche à droite) qui lui permet de choisir le point où il va tomber : dans ce cas la crise est généralement faible. Lorsque la crise est plus forte, il n'a pas d'aura, tombe ; a les convulsions toniques et cloniques : le cri initial est rare, les morsures de la langue, les émissions d'urine existent parfois, mais sont rares. La crise dure environ 10 minutes : elle est suivie d'un état de faiblesse avec céphalée, difficulté de la parole, incapacité de travail qui durent un jour.

Les crises, très fréquentes en 1897 (45 vertiges et 71 crises tant diurnes que nocturnes) se sont un peu espacées ; il en a parfois trois ou quatre assez rapprochées, mais il peut rester quinze jours et même trois semaines sans en prendre.

Il n'y a rien de spécial à noter du côté somatique : il est fort et robuste malgré sa petite taille de 1 m. 55. Son indice céphalique est de 82,8 et il a un peu d'asymétrie faciale. Pas d'albumine, etc. — Son état intellectuel est bon, il sait lire mais non compter. Mauvais caractère, il se dispute et se bat facilement avec ses camarades.

Il fut opéré à gauche le 12 juillet. Immédiatement après il eut du rétrécissement de la pupille du côté gauche et une large dilatation à droite, sans modification vaso-motrice du visage.

Il avait présenté un état de crises multiples pendant l'opération et une grande surexcitation pendant plusieurs heures après, de sorte qu'on avait dû lui mettre la camisole de force. — Le 18 juillet il eut deux crises, et le 23 il arracha son pansement. — Sympathectomie à droite avec le même état de crises sous l'éther et la même excitation consécutive.

Les crises n'ont pas été modifiées par l'opération, ni au point de vue du nombre, ni au point de vue de la forme. Pas de troubles intellectuels.

Observation XI

Le nommé Barthélemy Ch..., actuellement âgé de quatorze ans, est entré aux enfants épileptiques de l'Antiquaille en avril 1896.

Le père, la mère, une sœur et quatre frères sont vivants et bien portants et il ne paraît pas y avoir de tare nerveuse dans la famille. Sans qu'il y ait eu d'accidents de grossesse ou d'accouchement, le malade paraît avoir eu des convulsions peu de jours après sa naissance : celles-ci se renouvelèrent à trois ans et depuis cette époque il a des crises.

Dans le début, le malade poussait d'abord un cri, se jetait dans les bras de la personne présente, en appelant sa mère, puis perdait complètement connaissance, tombait à terre, puis présentait les autres phénomènes classiques. Il se mordait rarement la langue. Les crises étaient courtes, une à deux minutes, et revenaient au plus une fois par mois.

Depuis qu'il est à l'hôpital les crises augmentent de fréquence : au début il n'en avait guère qu'une fois par mois (avec de temps à autre des séries de 3 ou 4 le même jour), mais actuellement il en prend 5 à 6 fois par mois. Elles sont très fortes.

Depuis le mois d'août 1897, il prend en outre des vertiges très fréquents, 15 à 20 par mois ; ceux-ci ne durent que quelques secondes, s'accompagnent d'une sorte de vapeur qui monte du ventre à la poitrine. Le malade reste immobile, le regard fixe, la figure un peu violacée ; il urine dans son pantalon. Il dit qu'il ne perd pas connaissance et entend ce qui se passe autour de lui, mais cela n'est pas certain.

Le malade est grand pour son âge, sans signes de paralysie. Il présente une asymétrie faciale aux dépens du côté gauche : il y a également de ce côté un aplatissement du crâne, avec déformation du côté droit et exagération de la bosse frontale droite. Les lobules des oreilles sont adhérents et le pavillon gauche est un peu plus long que le droit. Les pupilles sont égales et réagissent bien. La voûte palatine ogivale, les dents bien plantées.

Aucun stigmate d'hystérie. Rien aux organes.

Le malade est peu intelligent et ses réponses sont contradictoires. Il ne savait ni lire ni écrire à son arrivée et a difficilement appris à lire. Il parle peu, est taciturne et sournois. La mémoire paraît lui faire défaut.

La sympathectomie a été faite par M. Jaboulay le 7 juillet :

résection du ganglion cervical supérieur avec un centimètre du trajet adjacent. Les jours suivants, myosis marqué à droite avec rétrécissement de la fente palpébrale et vaso-dilatation marquée de l'œil et des paupières droites.

Le 25 juillet, sympathectomie à droite faite dans les mêmes conditions qu'à gauche.

Une crise violente se produisit le 13 juillet, une autre le 15, trois autres le 20 juillet. Cette aggravation ne fut que passagère et actuellement le malade a des crises avec la même fréquence qu'auparavant, peut-être même sont-elles un peu plus nombreuses, l'affection présentant chez lui une évolution nettement progressive.

Observation XII

La nommée Adélaïde B... est âgée de vingt ans. Parents bien portants. Une sœur vivante. Deux frères sont morts d'affections indéterminées. Aucun antécédent nerveux.

Bonne santé habituelle. Réglée à seize ans régulièrement. Elle a un enfant de dix mois bien portant.

Il y a six mois, première crise d'épilepsie sans cause apparente. La crise présente tous les aspects du mal comitial. Les convulsions commencent par la tête. Pas d'aura.

Les crises reviennent tous les quinze jours.

5 septembre 1898, sympathectomie gauche, le ganglion cervical supérieur est plus bas que normalement : on l'enlève.

10 septembre : première attaque après l'opération.

Le 16, le 25 septembre, le 10, le 18, le 25 octobre, une attaque, le 6 novembre, une attaque.

8 novembre 1898, section du sympathique droit ; il est trouvé hypertrophié et hypérémié.

Depuis cette seconde opération, jusqu'au 23 novembre, la malade a eu deux attaques d'épilepsie.

Les cas dont il nous reste à parler sans être absolument défavorables à l'opération, semblent indiquer du moins qu'elle peut n'être pas sans inconvénient. L'aggravation des crises ou leur augmentation de fréquence après l'intervention est un fait qui n'avait pas échappé aux partisans les plus déterminés de la sympathectomie. Elle peut d'ailleurs n'être que passagère comme chez le malade de notre obser-

vation V, qui ne prenait que des attaques espacées et qui eut 5 crises immédiatement après la première opération, une crise très violente peu de jours après la seconde intervention et qui n'en fut pas moins finalement amélioré.

Mais parfois aussi cette aggravation présente un caractère permanent ; nous l'avons déjà vue persister chez le malade de l'observation XI, nous allons encore la retrouver chez le malade de l'observation XV. D'autres fois encore on voit se produire de nouvelles manifestations de la névrose, comme dans le cas XIV qui a maintenant de l'épilepsie procursive.

Mais chez d'autres malades, et ce n'est pas là le fait le moins curieux, les modifications ont été d'ordre psychique. Nous avons vu qu'un de nos malades (observation III) avait eu des modifications heureuses du caractère. Le plus souvent ce sont des troubles intellectuels qui se produisent, plus ou moins passagers et intenses. Une de nos malades dut être isolée pendant deux mois pour une véritable démence. Un autre paraît tout à fait perdu, reste assis immobile et taciturne, comme stupide, ne peut plus trouver sa place à table ni son lit, est incapable du travail manuel auquel il s'occupait auparavant. Un autre enfin semble avoir perdu le peu d'intelligence qui lui restait, est incapable de faire une addition, ne répond plus aux questions, ne peut plus travailler.

Observation XIII

Malade indiquée dans le *Lyon médical*, février 1898. Jeune femme de trente ans, hystéro-épileptique, opérée en 1897 par la section des deux ganglions sympathiques supérieurs. Elle dut être isolée pendant deux mois pour une véritable démence. Lorsqu'elle sortit, ses crises n'étaient pas modifiées, mais elle avait retrouvé son équilibre. Elle n'a pas été suivie.

Observation XIV

Le nommé Leb., âgé de dix-sept ans, hospitalisé au Perron, est un enfant assisté de la Charité sur les antécédents duquel on n'a aucun renseignement.

Les crises semblent avoir débuté il y a cinq ans, à la suite d'une frayeur pendant qu'il gardait des bêtes aux champs.

Les crises sont très fréquentes, tant diurnes que nocturnes. La feuille de 1897 en indique 151, dont 122 grandes et 29 petites. Elles sont de deux sortes. Les unes, les plus fréquentes et les plus fortes, sont classiques ; les autres, un peu moins fortes, mais accompagnées cependant de perte de connaissance, de mouvements toniques et cloniques, se terminent par une véritable phase hallucinatoire. Le malade a des mouvements coordonnés qui paraissent faits en vue d'un but déterminé : il roule les bords de son vêtement, enlève soigneusement un fil imaginaire sur la manche de son habit, etc. Cette phase dure plusieurs minutes : ces crises laissent le malade beaucoup moins abattu que les premières.

C'est un garçon de taille un peu petite, d'aspect inintelligent et sans expression, qui sait cependant lire, écrire et faire les opérations élémentaires d'arithmétique.

Il a le crâne très irrégulier avec des bosses frontales saillantes, un front très bas, un occiput effacé. Indice 84,4.

Prognatisme du maxillaire inférieur, voûte palatine ogivale. Pas de troubles de la sensibilité, etc.

Envoyé à l'Hôtel-Dieu le 4 mai, il subit le lendemain la sympathectomie bilatérale en une seule opération : on fait en même temps l'élongation du pneumo-gastrique gauche.

Il revient au Perron le 28 mai. Les crises ne sont aucunement modifiées depuis cette époque ni comme intensité, ni comme fréquence : dans une de ses crises, peu après son retour, il fit en courant et sans qu'on pût l'arrêter quatre à cinq fois le tour de la cour. Ces crises procursives se sont reproduites plusieurs fois depuis. Mais ce qui frappe surtout c'est l'aggravation des phénomènes intellectuels. Il est devenu incapable de travailler à la terre comme auparavant ; il est absorbé, ne répond pas aux questions, est incapable de faire une addition, etc.

En novembre 1898, cet état d'imbécillité s'est dissipé peu à peu. Le malade est presque comme avant l'opération.

Observation XV

Le nommé Bad., Joseph, est hospitalisé au Perron depuis le 20 novembre 1894 : il a actuellement vingt et un ans. Du côté des antécédents héréditaires il n'y a rien à signaler. Enfant, il eut des convulsions. La première crise aurait eu lieu à six ans à

la suite d'une frayeur causée par un chien qui se précipita sur lui : une nouvelle crise un an après. On manque de détails précis sur ces deux premières crises.

Quoi qu'il en soit, elles disparurent jusqu'à l'âge de treize ans, mais le malade avait des vertiges tous les quatre à cinq mois.

La crise peut ne consister qu'en une sorte d'aura, d'ailleurs variable, parfois une sensation de froid qui remonte de la main jusqu'à l'épaule, parfois une sorte de vapeur qui part de l'abdomen, traverse la poitrine, gagne la tête, mais sans la sensation de boule hystérique : cette crise avortée se termine par un grand frisson.

Les grandes crises sont plus rares : au début, il n'en avait qu'une par mois environ, mais elles augmentent très sensiblement car il en a eu 51 en 1897 dont 17 nocturnes et 34 diurnes. Elles sont complètes et intenses. Dans la même année il avait eu 69 vertiges.

Il n'est pas rare que le malade ait après la crise une période hallucinatoire : nous l'avons vu, par exemple, s'asseoir sur ses talons et pendant près de cinq minutes faire des mouvements de transvasement d'une main dans le creux de l'autre comme s'il choisissait des graines ou du tabac, faisant le simulacre de jeter des impuretés. Le plus souvent il se livre à des fugues : on crut d'abord que ses évasions étaient voulues, car le malade a pris des habitudes d'alcoolisme, mais il paraît n'en avoir pas conscience.

Le malade ne présente rien de particulier, sauf une légère asymétrie du tronc et de la face qui sont plus petits à droite : il prétend que son père présente la même particularité. Aucun trouble de la sensibilité, de la motilité, etc.

L'état mental n'est pas très satisfaisant : la mémoire est infidèle, la conversation enfantine et décousue ; il revient toujours à l'histoire du chien qui s'est précipité sur lui. Sa parole est bredouillée.

Le 1er mars, il est opéré par M. Jaboulay qui pratique en une seule fois l'ablation des deux ganglions sympathiques cervicaux supérieurs.

Le 9 mars, le malade revient au Perron ; les plaies opératoires sont presque cicatrisées. Les crises ne sont pas modifiées de nombre : il en a pris cinq le jour de son arrivée ; trois le lendemain, trois le surlendemain, etc. Depuis elles se sont maintenues un peu au-dessus du chiffre antérieur.

Mais ce qu'il y a de plus frappant c'est son état d'obnubilation

intellectuelle qui paraît nettement plus accentué qu'avant l'opération. Autrefois bavard, il est devenu taciturne, reste immobile sur sa chaise, ne répond pas aux questions, ne semble pas savoir où il se trouve, est incapable de retrouver sa place à table. Bien qu'un peu amélioré au mois de novembre sous ce rapport, il n'en reste pas moins comme « perdu » et est incapable de retourner au travail de la terre avec ses camarades. Il n'a fait qu'une fugue après avoir escaladé la fenêtre des cabinets pour se sauver.

Enfin un de nos malades a succombé quatre jours après l'opération, mais nous ne voudrions pas incriminer uniquement celle-ci, surtout en songeant au nombre déjà considérable des cas dans lesquels elle a été pratiquée sans danger, tant pour l'épilepsie que pour le goitre exophtalmique ou le glaucome. Notre malade avait des crises très nombreuses au moment où il fut opéré et il entra rapidement dans un état de mal qui tout aussi bien aurait suffi à lui seul pour déterminer une issue fatale. Tout au moins doit-on faire remarquer que l'intervention n'a pas réussi à empêcher cet état de mal de se produire. Il ne faut pas oublier non plus qu'il s'agissait dans ce cas d'une épilepsie symptomatique, d'une grave lésion encéphalique non soupçonnée et que l'autopsie seule fit connaître (atrophie unilatérale du cervelet).

Observation XVI (1)

Le nommé Roch..., né le 12 avril 1877, est au Perron depuis 1893. Première crise à l'âge de neuf ans, puis crampes dans le membre inférieur gauche annonçant presque invariablement les crises. Celles-ci sont très fréquentes, mais de faible intensité, le malade prétendant qu'il n'a perdu connaissance que dans la première. On en relève 507 en 1893, 625 en 1894, 578 en 1895, 400 en 1898, 503 en 1897.

Le début se fait par le côté gauche où les convulsions restent

(1) Cette observation est publiée *in extenso* dans la *Revue neurologique* d'octobre 1898 (Lannois et Paviot, *Sur un cas d'atrophie unilatérale du cervelet*).

parfois limitées; il ne pousse pas de cri, se mord rarement la langue, parfois les lèvres.

En 1892, il a eu une hémiplégie gauche passagère à la suite de crises subintrantes : elle a laissé une légère faiblesse de la jambe avec atrophie de la cuisse de ce côté.

Le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu le 10 mars 1898 pour y être soumis à la sympathectomie qui fut pratiquée le lendemain en une seule séance (ablation des deux ganglions sympathiques supérieurs). Le malade, qui avait eu beaucoup de crises depuis le commencement du mois, continua à en prendre beaucoup après l'opération, entra en état de mal et succomba le 14 au matin.

A l'autopsie on trouva une congestion généralisée de tous les organes, des poumons, du foie, des reins, etc. Il en était de même des méninges cérébrales et rachidiennes. Le liquide céphalo-rachidien est abondant et trouble. La substance cérébrale est très congestionnée.

Mais ce qui frappe surtout, c'est une atrophie considérable de l'hémisphère gauche du cervelet que rien n'avait fait soupçonner pendant la vie. L'atrophie porte principalement sur la substance grise qui est jaune, véreuse, d'apparence sèche, la substance blanche étant relativement conservée. Il y a une diminution de volume très notable de l'hémisphère droit du cerveau qui pèse 120 grammes de moins que le côté gauche. Rien autre à noter dans le reste de la masse encéphalique.

En somme, que devons-nous conclure de l'examen des seize faits qui nous sont personnels (1)? Seulement ceci, nous semble-t-il : que l'on n'a pas encore trouvé dans la section du sympathique, dans l'ablation plus ou moins étendue des ganglions et de la chaîne, le traitement de l'avenir pour les épilepsies.

On pouvait d'ailleurs le soupçonner *a priori*. L'idée directrice des opérations sur le sympathique dans l'épilepsie était l'hypothèse, d'ailleurs très contestable, que l'attaque comitiale s'accompagne d'anémie cérébrale. D'où l'indication d'amener une modification circulatoire de l'encéphale,

(1) Nous pourrions augmenter ce chiffre de quelques opérations faites après notre communication au Congrès, mais cela ne changerait en rien le sens de nos conclusions.

tant pour s'opposer à cette ischémie de l'ictus que pour balayer les toxines accumulées dans les cellules cérébrales. Mais la perturbation vasculaire ne peut être définitive à la suite de la sympathectomie : elle doit disparaître comme celle de la face et des muqueuses qui, expérimentalement, cesse au bout de trois mois, grâce aux suppléances qui se produisent par le trijumeau. Si les faits étaient venus donner un démenti à cette objection théorique, il n'y aurait eu qu'à s'incliner et à chercher une autre explication du résultat obtenu : mais il ne nous paraît pas que jusqu'à présent il en ait été ainsi.

Nous dirons donc, en résumé, que si la sympathectomie peut rendre des services dans certains cas, il faut reconnaître qu'elle n'a pas tenu, dans le traitement de l'épilepsie, toutes les promesses qu'en faisaient espérer ses promoteurs.

M. BRISSAUD

Myélite transverse d'origine syphilitique et paraplégie flaccide

Depuis l'enseignement de Charcot, il est classique de dire que la dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux, qu'elle soit primitive ou consécutive à une compression médullaire, est toujours suivie d'une paralysie spasmodique avec exagération des réflexes, et que bientôt apparaît une contracture irrémédiable. Cette doctrine a été combattue, dans ces dernières années, par Ch. Bastian, van Gehuchten et quelques autres neurologistes, qui ont relaté des cas de paraplégie flaccide avec abolition des réflexes, dans lesquels il existait une dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux. Ces auteurs ont donné de ces faits des interprétations différentes mais tendant toutes à infirmer la théorie de Charcot, d'après laquelle il y aurait une corrélation constante entre la dégénérescence des cordons latéraux de la moelle et la paralysie spasmo-

dique avec contracture permanente. Selon Bastian, la compression ou une section de la moelle est capable de détruire complètement les voies cérébrales qui conduisent l'influx nerveux aux cornes antérieures ; si la section est absolue, la paraplégie est flaccide.

Quoi qu'il en soit, B..., se déclare convaincu de la vérité absolue de la loi énoncée par Charcot, qui s'étend à toutes les variétés de sclérose des cordons latéraux, y compris les cas rares de sclérose bilatérale signalés par Strumpel et Dejerine.

Aussi, ne doit-on accepter qu'avec beaucoup de réserves les observations qui semblent infirmer cette loi, publiées par divers auteurs, entre autres par Bastian, van Gehuchten, Marinesco.

L'exemple suivant en est une preuve démonstrative :

Un homme de trente-six ans, contracta la syphilis il y a six années et fut soigné pendant cinq mois à l'hôpital du Midi. Quatre ans après, il commença a éprouver des douleurs lombaires et de la difficulté pour marcher. Ces accidents s'aggravant, cet homme se décida, au mois d'octobre dernier, à entrer à l'hôpital Saint-Antoine. Quarante-huit heures après son admission, on constatait chez lui tous les signes d'une paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes rotuliens, secousses musculaires, trépidation épileptoïde, paralysie des sphincters, etc., etc.

Cet état persista durant trois à quatre mois, puis on s'aperçut un jour que de spasmodique la paraplégie était devenue flasque, qu'au lieu d'être exagérés, les réflexes rotuliens étaient abolis, qu'il n'y avait plus de clonus du pied, etc. Quelle pouvait être la cause d'une transformation aussi complète du tableau clinique ? C'est seulement l'autopsie qui en donna la clef.

Le malade étant mort au bout de quelque temps dans le marasme, on trouva, au niveau de la troisième racine dorsale, une méningomyélite marginale typique, très vraisemblablement d'origine infectieuse, occupant une hauteur de 4 centimètres. Cette sclérose équivalait à une véritable section de moelle ; au-dessus, la dégénérescence des cordons de Goll, des faisceaux cérébelleux et des faisceaux de

Gowers se prolongeait jusqu'au bulbe ; au-dessous, la dégénérescence des faisceaux pyramidaux se poursuivait. Si l'on se bornait à ces constatations, il faudrait aujourd'hui reconnaître que ce cas est contraire à la théorie de Charcot et qu'il vient à l'appui des idées de Bastian et de van Gehuchten, mais on eut soin d'examiner avec le plus grand soin les cornes antérieures de la moelle, les nerfs périphériques et les muscles. Alors, on découvrit des altérations de tous ces éléments, notamment, une véritable destruction de tous les nerfs périphériques, qui étaient le siège d'une névrite parenchymateuse typique. Les cellules et les racines n'étaient pas à beaucoup près aussi altérées que les nerfs périphériques. On comprend ainsi aisément pourquoi de spasmodique la paraplégie de cet individu était devenue flasque.

Ce fait prouve que, pour pouvoir déclarer en défaut la théorie de Charcot sur les relations des paralysies spasmodiques avec les dégénérescences secondaires, il faut avoir pratiqué un examen complet de tous les éléments qui servent à la conduction de l'influx nerveux des centres à la périphérie.

M. PIERRET s'appuie sur le cas de M. Brissaud pour montrer avec quelle prudence il faut conclure à propos des faits qui semblent en désaccord avec les lois cliniques posées par Charcot et qui sont établies sur un grand nombre d'observations confirmatives.

Après avoir examiné les préparations microscopiques de la moelle et des nerfs du sujet dont M. Brissaud vient de communiquer l'observation, l'orateur affirme que le défaut de contracture secondaire ne peut être attribué qu'à la névrite périphérique.

Il importe de s'élever contre les conclusions un peu hâtives des auteurs qui, ayant constaté des paralysies flaccides à la suite de compression ou de lésions de la moelle épinière susceptibles de donner naissance à une dégénérescence secondaire, se sont empressés de contester le bien fondé de la théorie de Charcot.

Le fait qui vient d'être relaté soulève d'ailleurs un certain nombre d'autres questions.

Dans le cas de Brissaud, la myélite annulaire, qui a, pour ainsi dire, étranglé la moelle, est le résultat d'un processus inflammatoire de nature infectieuse. Il s'agit là d'une sclérose déjà ancienne d'origine spécifique. On y remarque, en effet, des épaississements périvasculaires, véritables périartérites gommeuses avec infiltration et induration des parois artérielles. Les îlots de sclérose dont un vaisseau est le centre donnent aux coupes microscopiques un aspect tigré caractéristique. L'inflammation intéresse naturellement une partie des espaces sous-méningés, d'où la dénomination si justifiée de *méningo-myélite*.

On oublie trop, quand on étudie dans le système nerveux central les processus inflammatoires d'origine infectieuse, que la localisation anatomique de ces affections n'est pas dans les cavités arachnoïdiennes proprement dites, mais bien dans les espaces sous-arachnoïdiens, c'est-à-dire dans l'intimité de ce qu'on appelle la pie-mère. Or, les recherches anciennes de His, de Robin, de Lépine, complétées plus récemment par celles d'Axel Key et Retzius, ont montré que les espaces sous-arachnoïdiens (pie-mériens en fait) communiquent largement avec les gaines lymphatiques périvasculaires, qui jouent nécessairement un rôle capital dans la propagation des agents pathogènes : les colonies microbiennes s'installent, en effet, volontiers dans ces gaines périvasculaires. Et comme celles-ci, par l'intermédiaire des tractus névrogliques entourant les petits vaisseaux, sont en relation avec l'espace d'Obersteiner qui environne chaque cellule nerveuse, on voit que tout processus qualifié de méningite est en réalité accompagné d'encéphalite ou de myélite. Si, de plus, on tient compte de ce fait que les processus inflammatoires infectieux dépendent non seulement de l'action irritante des agents pathogènes organisés, mais encore et surtout des poisons auxquels ceux-ci donnent naissance, on est convaincu que les méningites infectieuses, et ce que l'on appelle bien imprudemment le méningisme, ne sont que des méningo-

encéphalites toxiques définitives ou avortées. Dans le premier cas, les toxines faussent définitivement le dynamisme des neurones, qui peuvent devenir ainsi la proie des phagocytes ; dans le second, le trouble toxique ayant été de peu de durée ou rendu impuissant par une antitoxine, les neurones et les tubes qui en dépendent sortent victorieux de la lutte et reviennent à l'état normal.

L'observation communiquée par M. Brissaud est un argument puissant pour combattre les auteurs qui, se fondant sur des exceptions, ont cru pouvoir infirmer les règles posées par Charcot. On a dit : dans certains cas, la sclérose des cordons latéraux ne s'accompagne pas de contracture, l'irritation des fibres de ces cordons n'a donc rien à voir avec l'apparition des spasmes. Avant de conclure de la sorte, il eût été prudent, dans tous les faits invoqués, de se rendre bien compte de l'état dynamique des neurones moteurs, des tubes nerveux centrifuges et même de l'état des muscles. La contracture implique l'intégrité de tous ces éléments, car c'est un phénomène actif. On doit donc s'attendre à ne pas l'observer quand, pour une cause ou pour une autre, le fonctionnement de l'un ou l'autre de ces trois facteurs est insuffisant. Dans le cas relaté par M. Brissaud, une névrite très intense des nerfs moteurs interrompant la communication entre des neurones moteurs presque intacts et les muscles explique très bien l'absence de contracture. Les muscles étaient, du reste, eux-mêmes altérés.

C'est ordinairement par suite des progrès de ces lésions que l'on voit disparaître peu à peu les contractures engendrées ou favorisées par la sclérose des cordons latéraux. C'est ainsi que dans la sclérose latérale amyotrophique, la contracture cesse d'exister au fur et à mesure de l'altération des neurones moteurs et des muscles qui en dépendent.

D'ailleurs, il en est de même lorsque des dégénérescences secondaires d'origine spinale ou cérébrale s'accompagnent d'atrophie musculaire, en vertu d'un retentissement inusité du processus inflammatoire sur les cellules des cornes antérieures.

Il existe, du reste, une forme de sclérose primitive symétrique des tractus pyramidaux dans leur ensemble. Cette forme de sclérose cérébro-spinale est surtout connue des aliénistes ; c'est la paralysie générale sans délire. Au point de vue anatomique, elle réalise merveilleusement le type si longtemps cherché de la sclérose primitive des cordons latéraux sans atrophie musculaire. L'orateur l'a décrite dès 1885 sous le nom de *tabes moteur*. Les troubles intellectuels sont peu accentués, les malades se montrant plutôt vaguement déments, inconscients de leur situation, mais sans délire bien net. En revanche, les troubles moteurs sont très accusés. C'est une parésie spasmodique généralisée, avec exagération des réflexes et trépidation épileptoïde. La lésion est caractérisée par une sclérose systématique de tout le tractus moteur, les cellules de la zone rolandique y comprises.

Or, c'est ici qu'apparaît nettement la parenté entre cette forme de paralysie générale et la sclérose latérale amyotrophique. Pendant longtemps cette dernière affection a été considérée comme à peu près purement spinale. Un jour, une observation du professeur Kojevnikov vint montrer que, chez les malades de cet ordre, les fibres pyramidales de la couronne rayonnante sont atteintes de sclérose. et peu de temps après Charcot et Marie reconnurent l'existence de lésions indubitables des cellules motrices de l'écorce. Dès lors, la sclérose latérale amyotrophique devenait une maladie systématique cérébro-spinale, et l'on ne tarda pas à remarquer que les sujets qui en sont atteints, se trouvent, au point de vue psychique, dans un état de déchéance notable. Les observations de tabes moteur sont aujourd'hui nombreuses.

Il ne manquait que de voir un cas de tabes moteur se compliquer d'atrophie musculaire. Cette lacune a été comblée récemment, et on a vu une véritable atrophie détruire peu à peu les cellules des cornes antérieures et réaliser une sclérose latérale amyotrophique chez un paralytique général. Tout naturellement les spasmes cessèrent par la raison que des neurones affaiblis, commandant à des

muscles à peu près impotents, ne peuvent pas faire naître de contractures appréciables et durables.

En terminant, P... rappelle qu'étudiant la pathogénie des états convulsifs en général, et ayant en vue ce fait remarquable que les membres inférieurs tendent à entrer en convulsions, lorsque les neurones qui commandent à leurs mouvements sont séparés des centres cérébraux, il a rejeté l'explication de Claude Bernard, qui admet une sorte d'inhibition exercée par les centres supérieurs sur la moelle épinière : soustrait à cette action frénatrice, le tronçon de moelle sectionnée deviendrait le siège de manifestations dynamiques excessives. Il paraît plus simple de supposer que, dans tout le système nerveux, existe une tendance constante à la réalisation d'un équilibre du dynamisme latent : isolé, le segment médullaire est amené rapidement à un état de potentialité exagérée, d'où les décharges à caractère spasmodique. Mais des cellules saines sont indispensables pour assurer le phénomène : si les neurones sont malades, si les tubes nerveux centrifuges sont altérés ou si les muscles ne sont plus normaux, la convulsion fait défaut.

MM. P. HARTENBERG et P. VALENTIN (de Paris)

Le rôle de l'appareil cardio-vasculaire dans la pathogénie de certaines phobies neurasthéniques

Les phobies sont des accidents fréquents dans le tableau clinique des états neurasthéniques. Quand ceux-ci sont de nature constitutionnelle, les peurs morbides sont généralement permanentes et font pour ainsi dire partie de la personnalité psychique du malade. Les symptômes neurasthéniques peuvent disparaître : les troubles phobiques persistent.

Au contraire, dans le cours des états neurasthéniques

accidentels, acquis, les phobies surviennent à titre d'épisodes morbides et sont plus ou moins étroitement liées à l'évolution même de l'épuisement nerveux fondamental. Leurs formes cliniques sont des plus variables, suivant les sujets et les circonstances. Leur pathogénie doit relever aussi, suivant les cas, d'un mécanisme variable. Peu de recherches ont été faites sur cette question spéciale. Elle est digne cependant d'arrêter l'attention des cliniciens ; car la connaissance exacte du mécanisme pathogénique de ces troubles, survenant à la faveur d'états neurasthéniques accidentels, c'est-à-dire curables en principe, fournit des indications thérapeutiques utiles.

Au cours de nos études de psychologie clinique dirigées dans ce sens, nous avons eu l'occasion d'envisager le rôle pathogénique prépondérant que jouent les désordres de l'appareil cardio-vasculaire dans la constitution de certaines phobies neurasthéniques. C'est le résultat succinct de nos observations que nous désirons exposer dans ce travail.

Une loi psychologique, que nous considérons actuellement comme établie, affirme que dans toute phobie — système morbide constitué par deux éléments associés : un état émotionnel et une idée — l'état émotionnel est primitif et fondamental. Cette loi n'est d'ailleurs que le corollaire, dans le domaine de la psycho-pathologie, du grand principe de la priorité de la vie affective, soutenu déjà par Schopenhauer et vérifié de nos jours à un triple point de vue : psychologique (Th. Ribot) ; pathologique (Freud, Hecher, Féré, Séglas, Ballet, Pitres, Régis, etc.) ; anatomique (Flechsig).

Tout désordre psychique angoissant et obsédant — phobies, obsessions, impulsions, etc. — ne peut se manifester et se conserver que grâce à un état émotionnel qui en est la condition primordiale et nécessaire. Si l'état émotionnel fait défaut, jamais, dans quelques circonstances que ce soit, une phobie ne se constituera : s'il vient à disparaître, la phobie constituée disparaît avec lui. Cette loi nous a

toujours paru vraie pour ce qui concerne les phobies neurasthéniques.

Mais qu'est-ce qu'un état émotionnel ?

Une réponse a été faite à cette question à un point de vue tout physiologique ; elle a été formulée, il y a quelques années déjà, dans la fameuse théorie de JAMES-LANGE. A vrai dire, cette théorie nous paraît encore défectueuse sur bien des points. Mais avec RIBOT et la majorité des psychologues modernes, nous en acceptons le principe. Nous croyons que la révélation subjective de toute émotion n'est que la conscience de ses manifestations objectives. Les « expressions des émotions », regardées autrefois comme secondaires et accessoires, doivent être au contraire tenues pour les éléments essentiels de ces émotions : elles n'en sont pas les effets ; elles sont l'émotion même, dont la révélation consciente n'est que l'épiphénomène.

Une émotion peut donc être considérée comme la notion subjective de certaines modifications fonctionnelles de l'organisme, et comme une sensation interne, au même titre que la vision, par exemple, est une sensation externe. Ainsi chaque émotion est une image affective complexe, formée d'éléments sensitifs et moteurs, de même que chaque sensation visuelle est une image sensorielle complexe formée d'éléments sensitifs et moteurs.

Et de même que l'image sensorielle peut être conservée par la mémoire, associée à d'autres images, évoquée faiblement dans la vision intérieure, reproduite intégralement dans l'hallucination ; de même l'image émotive peut être conservée par la mémoire, associée à d'autres images, évoquée faiblement, reproduite intégralement (réviviscence émotionnelle). Ces considérations ont une importance capitale pour l'étude de l'émotivité pathologique.

L'émotion *peur* est celle qui intervient dans la constitution des phobies. La peur est, comme nous l'avons dit, une sensation interne, une image affective complexe, faite d'une synthèse d'images élémentaires. Parmi ces images, les unes sont dues à des modifications respiratoires, les

autres à des variations des battements et du rythme du cœur, d'autres à des contractions des muscles organiques, d'autres enfin à une constriction spasmodique des petits vaisseaux. Mais les phénomènes cardio-vasculaires occupent une place prépondérante et entrent comme élément essentiel dans la constitution de cette sensation interne. Les troubles primitifs du cœur et des vaisseaux déterminent en effet fréquemment dans la conscience un sentiment d'anxiété et de peur. Les angoisses qui accompagnent les palpitations, les arythmies, les intermittences du cœur, sont bien connues.

Il semble donc qu'une cause organique quelconque, provoquant un trouble cardiaque et vasculaire, pourra, par ce mécanisme tout somatique et sans aucune intervention de l'activité psychique, faire apparaître chez un sujet l'émotion peur. C'est ce que nous avons observé chez certains de nos malades neurasthéniques.

De récents travaux, parus notamment en Allemagne, ont bien mis en lumière l'importance des troubles cardio-vasculaires, tels que : irritabilité du cœur, instabilité vasomotrice, dans la symptomatologie de la maladie de Beard. A la suite d'un épuisement organique et nerveux se déchaîne, un jour, brusquement, un de ces accès de palpitations cardiaques si fréquents dans la neurasthénie. Une image corticale de l'angoisse se trouve créée. L'angoisse persiste tant que ses causes organiques durent. Parfois elle cesse avec elles ; parfois celles-ci disparaissent : elle persiste encore. C'est que l'image corticale continuant à être active, malgré la suppression de sa déterminante organique, entretient à elle seule l'état émotif à ses deux points de vue objectif et subjectif — palpitations et sentiment d'angoisse — par un phénomène tout semblable à celui de l'hallucination sensorielle, ce qu'on a appelé une hypermnésie émotive.

Mais cette image ne reste pas isolée dans l'ensemble des représentations mentales : elle s'associe à d'autres images, soit affectives (sentiments), soit sensorielles (sensations), soit verbales (langage). Ainsi se constitue un système complexe dont l'état émotif forme la base et comme le

centre de cristallisation. Chacune des images associées à celle de la peur réveillera cette dernière. De sorte qu'il existe ici, en définitive, trois éléments bien distincts :

1° Le désordre fonctionnel du cœur et des vaisseaux ;

2° L'image corticale des impressions céuesthésiques dues à ce désordre ;

3° Les images, les idées, les mots associés à cette image corticale.

Chacun de ces trois éléments peut être l'origine de la mise en activité des deux autres.

C'est ce que nous trouvons chez trois de nos malades, dont nous rapportons les observations à titre d'exemples.

Observation I

Mme M..., 32 ans. Modiste. Se présente pour la première fois à notre clinique, le 20 mars 1898.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort à 53 ans d'une maladie de cœur et de foie.

Mère : 49 ans. Bien portante. (Les grands parents des deux côtés sont morts à un âge très avancé.)

Douze frères et sœurs, dont la malade est l'ainée ; six sont morts de maladies diverses.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Aucun fait particulier à signaler dans la première enfance. A part les fièvres éruptives habituelles, pas de maladies graves. Jeune fille nullement nerveuse et très bien équilibrée.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — A partir de son mariage, qui a lieu à l'âge de 19 ans, en juillet 1884, la malade a des pertes blanches, s'affaiblit et maigrit. Grossesse sans accidents et accouchement normal, en avril 1885, d'un enfant mâle qui meurt au bout de huit mois d'une méningite. La malade s'affaiblit de plus en plus.

Le 25 décembre 1885, dans la nuit de Noël, première crise. Sans aucun motif connu, la malade est brusquement réveillée par de violentes palpitations cardiaques, de l'angoisse précordiale, de la dyspnée, des sueurs froides, du tremblement de tous

les membres et un sentiment subjectif de peur excessivement pénible. Elle s'écrie : « Je sens que je vais mourir ! » Un médecin appelé en hâte pose le diagnostic d'accidents neurasthéniques et ordonne une médication calmante. La crise est suivie d'nne selle abondante.

Dès le lendemain de cette première crise, la malade éprouve une impression de gêne indéfinissable, une angoisse précordiale permanente et un sentiment de peur qui n'est provoqué par aucune cause psychique.

Un seconde crise, semblable à la première, mais moins forte, survient cinq à six semaines après dans les mêmes conditions et sans aucune cause d'ordre subjectif. Comme la première fois, la malade s'écrie : « Je sens que je vais mourir ! »

Une troisième crise semblable survient encore quelques mois après. L'état d'anxiété qui s'était établi dès le lendemain de la première crise persiste continuellement. L'angoisse est associée dans la conscience de la malade à l'idée de la mort : il en résulte une peur de mourir qui est évidemment une réminiscence émotive des crises aiguës de palpitations. Cet état s'accompagne d'émotivité exagérée. Le moindre incident amène des battements de cœur, de la dyspnée, des sueurs froides.

Les crises aiguës se reproduisent de plus en plus fréquentes, mais toujours semblables et marquées toujours, dans le domaine subjectif, par le sentiment de la mort imminente.

Dans le cours de cinq années, trois grossesses suivies de trois expulsions à terme d'enfants morts-nés (syphilis probable du père avant son mariage) contribuent à affaiblir encore la malade, sans influencer particulièrement l'état fonctionnel du cœur.

En 1890, traitement physique et psychique. Pansements utérins. Régime fortifiant. Séances de suspension. Suggestion à l'état de veille.

Au bout de cinq mois, l'état général est satisfaisant, il n'y a plus de crises de palpitations, l'état d'anxiété habituel et la peur ont disparu. La malade se considère comme guérie.

Quelques mois plus tard, en 1891, récidive. Un soir, Mme M... était au lit, lorsque son mari, ivre, fait brutalement irruption dans sa chambre, en braquant sur elle un revolver chargé. Émotion violente, Malaise consécutif. Trois jours après, une crise aiguë de palpitations survient, accompagnée du sentiment de mort imminente. Dès cet instant, l'état d'anxiété continuel s'est installé à nouveau, ainsi que la peur de la mort.

Nouveau traitement : suspension, suggestion. Sur ces entre-

faites, le mari meurt, en 1892. La malade en éprouve un grand soulagement. Son état s'améliore et la guérison survient. Les crises aiguës cessent. L'idée de la mort disparaît. Mais il reste toujours quelque chose de l'état d'anxiété, une gêne physique indéfinissable.

En avril 1896, cinquième grossesse. Six semaines après son début, le père de l'enfant meurt brusquement. Grand chagrin. Malaise. Quelques jours après, une crise aiguë de palpitations se déchaîne, accompagnée du sentiment de mort imminente, qui ramène à sa suite l'état d'anxiété permanent et la peur de la mort.

Accouchement normal, à terme, d'un enfant bien portant qui meurt en nourrice, neuf mois après, d'athrepsie. Ce deuil vient encore affaiblir et déprimer la malade.

Mais le traitement par la suggestion et la suspension ne peut plus lui être donné. Elle essaye en vain de l'électricité statique. Un début de traitement par le « magnétisme fluidique » a les plus déplorables conséquences. Il est suivi d'un affaiblissement considérable.

C'est à ce moment que la malade vient nous trouver, en mars 1898.

EXAMEN CLINIQUE. — La malade est petite, mais bien conformée. La face est pâle et amaigrie. Les yeux sont cernés. La physionomie est intelligente, mais très mobile, et exprime une certaine inquiétude continuelle. Aucun signe physique de dégénérescence.

Appareil respiratoire normal.

Appareil circulatoire : Les battements du cœur sont forts et précipités. Le premier bruit est dédoublé à la pointe. Mais pas de souffle orificiel ni d'hypertrophie de l'organe. La malade éprouve dans la région du cœur un sentiment de tension qu'elle compare à des « ficelles qui seraient sur le point de se rompre ».

Appareil digestif : Anorexie ; digestions pénibles ; constipation habituelle ; langue blanche. L'estomac n'est pas notablement dilaté.

Organes génitaux : Prolapsus utérin ; ulcérations du col.

Système nerveux.

A. Sensibilité. — Fatigue et courbature généralisée. Douleurs abdominales, senties comme une boule partant de la fosse iliaque droite et remontant jusqu'au niveau de l'ombilic.

Aucun trouble de la sensibilité périphérique. Pas d'anesthésies. Vision et audition normales.

B. Motilité. — La marche est bonne. Léger tremblement émotif.

C. État psychique. — Malgré sa maladie, Mme M... serait portée plutôt vers la gaieté, qui est l'état normal de son caractère. Lorsqu'elle s'oublie, lorsqu'elle est distraite par instants, elle sait plaisanter et rire.

L'intelligence est nette et parfaitement équilibrée. La malade se rend très bien compte de l'illogisme de sa peur de mourir. Mais au moment où celle-ci s'impose violemment, tous les raisonnements ne sauraient la réfréner : la crise se déroule jusqu'au bout.

Les crises sont toujours, à des degrés variables d'intensité, la reproduction de la crise initiale : palpitations, angoisse précordiale, dyspnée, sueurs froides, tremblements, sentiment de la mort imminente. Elles surviennent une ou plusieurs fois par jour, tantôt sans aucun motif, tantôt sous l'influence d'un surmenage physique ou d'un ennui moral, tantôt lorsque la malade se trouve seule chez elle, tantôt lorsqu'elle est loin de chez elle.

D'après ce que raconte la malade elle-même, la crise a, suivant les cas, trois points de départ différents.

Parfois ce sont les battements de cœur qui ouvrent la scène, entraînant avec eux l'angoisse aiguë et la peur de la mort.

Parfois c'est l'angoisse subjective qui provoque les battements de cœur et la peur.

Parfois enfin c'est la seule idée de la mort surgie dans son esprit qui fait apparaître cette peur, avec son angoisse et ses palpitations.

A l'état normal, elle éprouve un malaise physique, une gêne indéfinissable, qui se transforme aisément en attente anxieuse de la crise aiguë et en peur de mourir.

Cette observation est donc un exemple complet de *névrose d'angoisse*. Nous y voyons l' « attente anxieuse » de Freud exister d'une façon constante, formant ainsi le fond de l'état mental de la malade, et l'irruption, à titre d'incident épisodique, de l' « attaque anxieuse » qui n'est, comme d'habitude, que la reproduction de la première crise émotive.

Mais cette première crise n'a été provoquée par aucun motif d'ordre psychique. Elle s'est présentée sous la forme d'accidents cardiaques neurasthéniques, préparés par le long affaiblisse-

ment de l'organisme : la cause en est donc toute somatique. Les éléments psychologiques n'interviennent que secondairement, pour réaliser à nouveau l'image angoissante, la systématiser et l'intellectualiser.

Observation II

Mme X..., trente-huit ans. Constitution bonne. Tempérament neuro-arthritique. Examinée pour la première fois le 7 mars 1898.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père artério-scléreux : mort subitement à soixante-quatorze ans.

Mère actuellement vivante et bien portante. A souffert autrefois d'hémorrhoïdes fluentes et de douleurs articulaires.

Deux sœurs, nerveuses, dont l'une a subi une hystérectomie totale et l'autre une ovario-salpingectomie. Se portent bien depuis leur opération.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Nourrie au sein par la mère, Mme X... s'est montrée précoce pour la dentition, le langage et la marche. Elle aurait eu, étant enfant, plusieurs fluxions de poitrine, ainsi que toutes les fièvres éruptives. Réglée à douze ans, abondamment.

Mariage en 1878, avec un officier joueur, ivrogne et débauché. Métrite catarrhale dès les premières semaines. Fausse couche au bout de quelques mois.

Premier enfant en 1879, après une grossesse très pénible, compromise à chaque instant par de violentes émotions d'ordre domestique.

Deuxième enfant seize mois après. Nouvelles émotions du même genre. Eclampsie. Accouchement lent et difficile.

En 1882, troisième grossesse, plus mauvaise encore. Vomissements incoercibles. Accouchement retardé (dixième mois). Hémorrhagies de la délivrance. Septicémie puerpérale. Métrite parenchymateuse depuis cette époque, avec ménorrhagies intermittentes.

La mort subite de son père, survenue quelque temps après, provoque chez la malade une émotion si vive que la sécrétion lactée s'arrête pendant huit jours.

Les scènes de ménage continuant de plus belle, Mme X... plaide

en séparation de corps et gagne son procès (1884). Première crise notable de palpitations au cours des débats.

Depuis lors, tour à tour institutrice, directrice d'une pension de famille et professeur de musique, Mme X... mène pendant onze ans une vie agitée, traversée de fatigues, de maladies et de soucis perpétuels.

En 1889, quelques crises de cardiacalgie.

En 1891, influenza grave, qui laisse après elle une dyspepsie gastro-intestinale, atonique et douloureuse.

En 1893, rhumatisme aigu généralisé avec délire et température élevée. La malade reste immobilisée pendant plusieurs semaines, en proie à des souffrances atroces prédominantes dans la région du cœur. Convalescence lente. Anémie extrême.

En 1895, névralgie intercostale très forte, qui oblige la malade à garder le lit pendant plus d'un mois.

En 1896, nouvelles crises névralgiques s'irradiant du point douloureux primitif aux territoires du pneumogastrique, du sympathique thoracique et abdominal et du plexus brachial droit et gauche. Ces crises se reproduisent tous les jours, à partir du mois de janvier 1897, après un an de tranquillité relative. Elles durent quatre mois, puis s'espacent graduellement. En avril de la même année, la santé générale est redevenue à peu près satisfaisante.

Depuis la grande attaque de rhumatisme aigu, le cœur est resté irritable Les palpitations se reproduisent de loin en loin, mais ne durent pas et ne préoccupent nullement la malade.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Tout allait assez bien, lorsque Mme X... se rend au Salon des Champs-Elysées, le 4 mai 1897. A peine est-elle entrée à l'Exposition de peinture, qu'elle est prise d'un malaise inopiné, dont elle a donné par écrit la description suivante :

« Tout à coup, sans cause connue, j'éprouvai une horrible angoisse, et les battements de mon cœur devinrent si précipités que j'ai cru plusieurs fois que j'allais tomber. Les yeux s'étaient recouverts d'un nuage et un casque de plomb m'enserrait la tête. Ce malaise se prolongea environ trois heures.

« A la sortie du Salon, je rencontrai les pompiers qui se rendaient au Bazar de la Charité. Je vis les brancards qui transportaient les mourants et les blessés. Sous l'influence de cette épouvantable catastrophe, mon angoisse s'accrut encore et je

demeurai convaincue qu'elle avait été une sorte de pressentiment de ce malheur public.

« Les jours suivants, pendant lesquels les journaux furent remplis de détails sur cet incendie, ne furent pas faits pour m'aider à me remettre. Je devins de plus en plus nerveuse et angoissée.

« Le 30 mai, j'étais sortie le matin en assez bon état, lorsque de nouveau, dans la rue, le même sentiment d'angoisse m'étreignit la poitrine : mes yeux se troublèrent ; je perdis la sensation de ce qui se passait autour de moi. De plus, ma langue sembla se paralyser, mes membres s'engourdirent et je n'eus que le temps de me jeter dans une voiture et de me faire ramener chez moi.

« Peu de temps après cette crise, l'œil droit fut atteint de choroïdite antérieure.

« Je restai un mois sans oser quitter la chambre. Tous les remèdes employés restèrent sans résultat. Le sentiment d'angoisse devint habituel et ne me quitta plus ni jour ni nuit. Le sommeil, de plus en plus troublé par cette oppression permanente, finit par disparaître complètement. L'appétit disparut aussi ; car, chaque repas étant suivi d'une augmentation des troubles nerveux, au point d'amener presque une syncope, je finis par avoir la terreur de me mettre à table. A chaque minute de la journée, je perdais pour ainsi dire la notion de moi-même, et il me semblait que j'allais mourir. »

Ainsi, après dix-neuf ans de surmenage physique et mental, aggravé de nombreuses maladies intercurrentes, éclate brusquement un accès de palpitations d'une violence et d'une durée tout à fait insolites. Ces palpitations se traduisent, dans la conscience, par une angoisse extrêmement forte, qui entraîne à sa suite pour la première fois un sentiment très net de mort imminente. Sur cette impression pénible se greffent, immédiatement et coup sur coup, les images funèbres les mieux faites pour en multiplier les effets. Une panophobie se constitue : elle ne tarde pas à passer au premier plan de la représentation mentale.

Une saison aux bains de mer, en août 1897, est suivie d'une aggravation notable des symptômes morbides.

Légère amélioration au cours d'un traitement électro-statique en novembre et décembre de la même année.

A partir de janvier 1898, les phénomènes neurasthéniques s'exagèrent encore. Les accès de palpitations reviennent plusieurs fois par jour, sous l'influence des causes les plus banales

de fatigue et d'émotion. Presque toutes les nuits, la malade se réveille brusquement, en proie aux mêmes accidents cardio-vasculaires. Chaque accès s'accompagne d'une nouvelle attaque anxieuse, d'intensité croissante. L'obsession panophobique s'installe vers la fin d'avril : elle poursuit la malade à table, au lit, dans la rue, la laissant après chaque paroxysme, plus découragée et plus affaiblie.

EXAMEN CLINIQUE. — C'est dans cet état que la malade se présente à notre examen, le 7 mars 1898.

L'embonpoint est resté raisonnable ; mais le visage est pâle, l'œil atone, l'attitude lasse.

Appareil digestif. — Dilatation moyenne de l'estomac et de l'intestin. Glossodynie. Œsophagisme. Anorexie. Dyspepsie atonique, souvent douloureuse. Borborygmes. Pas de constipation habituelle.

Appareil respiratoire. — Emphysème pulmonaire au début. L'inspiration est limitée certains jours par un point douloureux, reste de l'ancienne névralgie intercostale et qui apparaît au niveau de l'articulation sternale de la quatrième côte droite.

Appareil génital. — Utérus volumineux. Ovarialgie double. Les métrorrhagies sont devenues rares ; mais les règles sont toujours abondantes et s'accompagnent d'une exagération marquée des troubles neurasthéniques.

Appareil circulatoire. — En dehors des crises d'angoisse, rythme du cœur normal. Pas de frémissement vibratoire. Pas de souffles valvulaires. Pouls à 72. Parfois, après une émotion ou une fatigue et pendant les règles, tendance à peine appréciable au dédoublement du second temps. Gêne précordiale permanente.

Système nerveux.

A. SENSIBILITÉ. — Pas de zones d'analgésie ou d'anesthésie. Névralgies intermittentes et à siège variable. Cryesthésie. Hyperesthésie gastrique et rachidienne. Pas de troubles des fonctions sensorielles, sauf pour l'œil droit, dont l'acuité visuelle est diminuée depuis la choroïdite.

B. MOTILITÉ. — Secousses musculaires dans les membres inférieurs, surtout la nuit, au repos. Rigidité spasmodique fréquente des muscles du cou et de la face. Pas de tremblements. Pas de

troubles du langage. Réflexes patellaires très légèrement exagérés.

C. État psychique. — État d'esprit fondamental : tristesse, découragement. Travail intellectuel pénible. Perceptions moins nettes. Rétrécissement notable du champ de la conscience. Attention diminuée. Distractions et lacunes de la mémoire. Aboulie.

Ce qui domine la scène, c'est l'*obsession panophobique* liée aux crises d'angoisse et devenue absolument intolérable. La malade vit dans un état d'appréhension continuelle qu'il lui est impossible de vaincre. Elle n'ose se décider à sortir, craignant d'être surprise en pleine rue par une syncope mortelle (tanatophobie). Quand elle a réussi à quitter la maison, elle a peur des chevaux, des voitures, des rassemblements (zoophobie, anthropophobie), elle se demande anxieusement si l'on ne met pas le feu à l'appartement pendant son absence (pyrophobie). Dans une salle de concert ou de réunion quelconque, elle se tient près de la porte pour s'échapper au moindre malaise (claustrophobie). Mais c'est surtout à l'approche des repas que son anxiété redouble. Elle sait d'avance qu'il lui est inutile de s'asseoir à table : dès les premières bouchées, elle est obligée de s'arrêter en présence des mêmes troubles nerveux (sitiophobie).

L'accès est caractéristique. Il est la reproduction fidèle, plus ou moins atténuée, de l'accès initial (4 mai 1897). Sous l'influence d'une cause quelconque — effort, marche, parole, surprise, chagrin, etc. — ou sans autre cause que la peur d'éprouver la crise, éclatent soudain les palpitations. Le cœur et l'aorte sont le siège de battements irréguliers et tumultueux. Une sensation aiguë de construction thoracique à maximum précordial, accompagnée de vertiges, d'éblouissements, de tintements d'oreilles, envahit la malade. Puis la douleur s'irradie dans les membres supérieurs, dans la région intercostale, dans les viscères abdominaux. Il y a des pseudoparésies, des fourmillements, un engourdissement des doigts et des mains, du refroidissement des extrémités, des bouffées de chaleur au visage alternant avec une grande pâleur, du picotement des muqueuses de la bouche, des contractions fibrillaires des masséters et des muscles de la langue. L'accès dure de quelques minutes à plusieurs heures et se termine par des sueurs profuses ou une abondante émission d'urines. La malade reste épuisée pendant plusieurs jours avec courbature générale et sensation d'anéantissement profond.

Tel est, chez Mme X .., envisagé au double point de vue de son mécanisme et de ses effets, le trouble fondamental de l'appareil cardio-vasculaire, véritable substratum organique des crises d'angoisse et de l'état mental concomitant. Ces trois éléments — cardio-vasculaire, affectif, intellectuel — étroitement unis depuis le 4 mai 1897, constituent par leur association même un « tout naturel » qu'il est devenu de plus en plus difficile de désagréger : c'est l'obsession panophobique type, avec ses paroxysmes subintrants et ses conséquences désastreuses pour l'équilibre des fonctions psychiques et viscérales. Tout ce qui met en jeu l'un de ces trois termes rappelle infailliblement les deux autres. L'accès est plus fréquemment provoqué par la voie représentative (lecture, conversation, souvenir). Mais il se reproduit également après une contrariété quelconque (trouble d'ordre affectif) ou une simple fatigue physique (trouble de l'appareil cardio-vasculaire).

Le traitement psychologique, poursuivi sans interruption du 10 mars au 18 juin, a guéri Mme X... de son obsession, de ses crises cardio-vasculaires et de ses troubles neurasthéniques.

La cérémonie commémorative de l'incendie du Bazar, bien que redoutée par la malade et son entourage, n'a ramené aucun trouble psychique ni cardiaque.

Une seule fois au cours du traitement, à la nouvelle de la mort d'une de ses amies brûlée vive ainsi que sa mère, Mme X... éprouve un choc émotionnel très intense, avec réveil partiel des désordres circulatoires et de la pyrophobie. Huit jours après, le calme était rétabli dans la sphère psycho-émotionnelle : il ne s'est pas démenti depuis.

Mme X... est actuellement à la campagne. Avec la dissociation complète des éléments constitutifs de l'obsession ont définitivement disparu les derniers symptômes neurasthéniques. Le cœur, en particulier, est si peu irritable que Mme X..., à son grand étonnement, fait de longues promenades en bicyclette, lit les faits divers les plus dramatiques, supporte les émotions de la vie courante, sans qu'aucune palpitation intervienne pour ramener, avec les crises d'angoisse, les phobies d'autrefois.

Observation III

Mme M. ., trente-neuf ans. Née à Paris, l'a toujours habité. Constitution bonne. Tempérament neuro-arthritique.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Fille unique d'un père rhumatisant et d'une mère nerveuse, elle passe pour avoir été frêle et délicate pendant sa première enfance. Précoce pour la marche et pour le langage.

Fièvre scarlatine à sept ans.

Depuis plusieurs années déjà s'était éveillé chez Mme M... l'instinct sexuel, dont les manifestations morbides constituent le point de départ de sa neurasthénie future. Aussi loin que remontent les souvenirs de la malade, elle a conscience de s'être livrée à l'onanisme, sous toutes les formes, à toute heure du jour et de la nuit.

La menstruation, survenue à quatorze ans, et restée depuis régulière. amène un changement dans l'état de la nutrition. Mme M... qui avait engraissé beaucoup vers la septième année, perd de son poids et continue à se bien porter, jusqu'à son mariage en 1884, malgré la persistance des habitudes d'onanisme qu'elle conserve d'ailleurs à l'insu du mari.

Première grossesse en 1885, suivie de deux autres dans l'espace de quatre ans. Elle essaye de nourrir le premier enfant : une gastro-entérite l'en empêche. Pendant la convalescence. qui est assez longue, se produisent pour la première fois des troubles psychiques alarmants : idées de suicide, hydrophobie, monophobie. Rétablie à la suite d'un traitement hydrothérapique, Mme M... mène à bien les deux dernières grossesses. Pas de suites de couches pathologiques. Pas de psychoses puerpérales.

En 1889, influenza à forme cardio-pulmonaire, pendant laquelle reviennent quelques idées obsédantes, et qui laisse après elle un épuisement nerveux considérable. Depuis cette époque, la malade est reprise tous les hivers d'une bronchite grippale plus ou moins forte, avec fièvre généralement modérée, mais prostration toujours très grande. Dans l'intervalle des bronchites, elle souffre fréquemment de ce qu'elle appelle une « toux d'irritation » qui survient par quintes et dure de plusieurs jours à plusieurs semaines, avec palpitations et sensation d'étouffement.

Il y a deux ans, une gastralgie paroxystique survient, bientôt compliquée d'anorexie, de dyspepsie atonique et de constipation rebelle.

L'état général subit d'autant plus l'influence défavorable de ces désordres gastro-intestinaux que le système nerveux est chaque jour plus déprimé par le surmenage génital. Dès la troisième

grossesse, en effet, les rapports sexuels normaux ont été supprimés et remplacés d'un commun accord par des pratiques masturbatoires variées. De là chez M[me] M..., de véritables crises de nymphomanie, avec troubles réflexes dans la zone du sympathique et du pneumo-gastrique, dont les plus nets consistent en spasmes douloureux du cœur.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — M[me] M... arrive ainsi jusqu'au 27 mai 1897. Ce jour-là, sans que rien en apparence eût pu faire prévoir ce qui allait se passer, elle est prise subitement, après le déjeuner de midi, d'un accès spontané de palpitations très violentes et très douloureuses, avec étouffements, tremblements, sueurs froides, lipothymie. Le médecin appelé en hâte n'hésite pas à calmer les souffrances par une injection de morphine. Deux crises semblables se reproduisent immédiatement après, en moins de dix jours, et sont arrêtées par le même moyen. Puis tout rentre dans l'ordre, et il ne reste plus qu'une cryesthésie permanente et généralisée, doublée, par intervalles, de désordres cardio-vasculaires analogues aux précédents, mais beaucoup plus faibles (excepté à la fin des règles, où ils se rapprochent davantage du type primitif).

L'accès de palpitations initial s'est traduit dans la conscience de la malade par un sentiment d'angoisse inexprimable qu'il lui est impossible d'oublier. « Elle s'est cru morte », dit-elle. Cette idée de la mort possible, à laquelle elle n'avait jamais songé auparavant, s'empare d'elle peu à peu, envahit le champ de sa conscience et finit par devenir le centre de sa vie psychique. Elle tremble sans cesse à la pensée qu'elle pourrait cesser d'exister d'un moment à l'autre. Toute impression capable d'évoquer l'image de la mort est redoutée à l'égal d'une catastrophe. La malade s'interdit la lecture des journaux, fuit la conversation et les visites, sort de moins en moins, par peur de recontrer des enterrements ou de voir des accidents sur la voie publique.

Cette *thanatophobie* trouve ainsi, dans les menus faits de l'existence quotidienne, d'innombrables occasions de se manifester toujours plus fréquente et plus aiguë, toujours plus étroitement liée à la crainte d'une suspension brusque des mouvements du cœur ou des fonctions respiratoires.

Bien plus, sous l'influence de cette hypermnésie émotive se réveillent des souvenirs funèbres depuis longtemps oubliés. La malade revoit en rêve son père couché sur le lit de mort : elle

se revoit elle-même lui mettant au front un baiser d'adieu. A partir de ce jour, tout contact des lèvres avec un objet froid (fourchette, brosse à dents, etc.), suscite une nouvelle forme de thanatophobie : celle de mourir étouffée, un baillon sur la bouche.

Une autre fois, c'est l'image ravivée d'un accident de chemin de fer qui alimente la peur morbide. La malade a assisté il y a plusieurs mois à l'écrasement d'un homme d'équipe, et ce tableau s'impose brusquement à son imagination avec une intensité hallucinatoire telle, qu'il ramène à lui seul plusieurs crises cardio-vasculaires.

Pendant ce temps, l'épuisement nerveux fait des progrès. Le caractère de la malade s'aigrit. Les circonstances les plus banales provoquent à chaque instant des accès de colère, d'où crises perpétuelles de palpitations et d'anxiété.

EXAMEN CLINIQUE. — L'examen de Mme M... est pratiqué pour la première fois, le 27 novembre 1897.

Appareil circulatoire. — Au repos, le cœur ne garde des accès de palpitations qu'une tendance légère à la tachycardie. Le pouls bat de soixante-quinze à quatre-vingts fois par minute. Dès que survient une émotion ou une fatigue, le rythme s'accélère, en même temps que le choc de la pointe devient plus dur et que les bruits, plus intenses, revêtent un timbre métallique. Un dédoublement du second temps, presque imperceptible, n'a été constaté au cours du traitement qu'une seule fois, à la suite d'une bronchite intercurrente compliquée de surmenage physique (déménagement). Jamais de souffle ni de faux pas. A la palpation, aucune trace de frémissement cataire ni de voussure précordiale.

Appareil respiratoire. — Respiration courte, légèrement humée. Emphysème au début.

Appareil digestif. — Digestion lente et incomplète. Langue fréquemment saburrale. Inappétence. Constipation. Borborygmes sonores. Pas de vomissements. L'estomac et l'intestin sont légèrement dilatés.

Système nerveux.

A. Motilité. — Pas de troubles moteurs.

B. Sensibilité. — Ni anesthésies, ni zones hystérogènes. Cryesthésie. Hyperesthésie de la région xiphoïdienne et précordiale.

Névralgies erratiques. Sensibilité à la pression du tube gastro-intestinal. Rachialgie intermittente. Céphalée matutinale. Asthénie neuro-musculaire douloureuse. Pas de dyschromatopsie, mais léger rétrécissement du champ visuel avec asthénopie accommodative. Pas de vertiges.

C. ÉTAT PSYCHIQUE. — Au point de vue psychique, Mme M... s'effraie « de sentir son cerveau si vide, de n'avoir plus ni attention, ni mémoire, ni volonté. » L'imagination se livre aux écarts les plus fantaisistes, surtout dans le domaine de l'érotisme et fournit ainsi aux troubles cardio-vasculaires de très fréquentes occasions de se reproduire. Les pollutions spontanées sont, depuis un certain temps, accompagnées de crises de palpitations particulièrement douloureuses, qui plongent à chaque fois la malade dans un état d'anxiété des plus pénibles.

Ces paroxysmes angoissants, de plus en plus rapprochés, alimentent sans cesse l'obsession phanophobique et lui fournissent un thème d'une inépuisable variété. C'est ainsi qu'autour de la thanatophobie se sont successivement groupées d'autres peurs morbides : de la solitude, des orages, des ténèbres, de la foule, etc. La nuit, la malade s'éveille en sursaut, dans un cauchemar : le cœur bat alors avec une force telle et les contractions spasmodiques des artères sont si violentes que chaque pulsation « retentit dans le cerveau avec un bruit formidable ». Après quelques minutes d'une angoisse terrible, le cœur se calme ; mais l'anxiété subsiste jusqu'au lever ; elle ne disparaît qu'assez tard dans la matinée. Ces jours-là l'émotivité est extrême. Aussi la malade a-t-elle pris l'habitude de rester confinée dans son appartement, pour éviter toute occasion possible d'avoir peur.

Comme on le voit, depuis le 4 mai 1897, date de la première grande crise de palpitations, Mme M... vit dans un état de *tension émotive*, dont les paroxysmes s'expriment sous un triple aspect : organique, émotif, intellectuel.

Chaque paroxysme, en effet, est constitué :

1° Par une recrudescence d'une ou plusieurs idées obsédantes liées à la thanatophobie primitive ;

2° Par une hypermnésie de la sphère affective, aboutissant à la reconstitution, intégrale ou partielle, de la sensation caractéristique d'angoisse ;

3° Par la réapparition plus ou moins atténuée du syndrome cardio-aortique primitif.

Toute cause capable de susciter l'un de ces trois éléments,

suscite inévitablement tous les trois. C'est pourquoi l'accès d'angoisse et les palpitations qui l'accompagnent surviennent indifféremment à la suite d'un excès génital, d'une fatigue musculaire, d'une émotion actuelle ou remémorée.

Le surmenage génital, en faisant du système neuro-vasculaire le *locus minoris resistentiæ* de l'organisme a rendu possible du même coup la crise initiale de palpitations et l'anxiété concomitante, si bien que, sans cette grande crise (ébauchée du reste par de légers troubles antérieurs de l'hydraulique circulatoire), il n'y aurait jamais eu d'obsession panophobique, parce qu'il n'y aurait jamais eu d'anxiété pour lui servir de substratum.

Le traitement psychologique, en s'attaquant à la fois à tous les troubles neurasthéniques, a réussi à rompre, dans l'espace de trois mois, l'association morbide des divers éléments constitutifs de l'angoisse à répétition.

Au bout de six semaines, malgré l'apparition d'une grippe et un surmenage difficile à éviter (nouveau déménagement), l'état général est déjà satisfaisant. Il n'y a plus d'insomnies, ni de névralgies, ni de rechutes d'onanisme.

Le 16 février, le cœur est définitivement réglé. Il n'y a plus de crises d'angoisse. Les phobies ont disparu.

Dans les premiers jours de mars, M[me] M... assiste à une représentation au théâtre du Vaudeville. La combustion d'un fil électrique provoque une courte panique. On crie : au feu ! La malade surmonte vaillamment son émotion, tranquillise son entourage, laisse sortir la foule apeurée. Quelques instants après, la représentation est reprise. M[me] M... y assiste jusqu'à la fin, rentre chez elle sans accident et dort comme si rien ne s'était passé. La preuve est faite : elle est guérie.

Depuis ce moment, sa santé est restée bonne. A deux ou trois reprises seulement, la malade éprouve quelques palpitations pour s'être permis une infraction exceptionnelle aux prescriptions conjugales. Ces palpitations ne ramènent aucun trouble d'ordre effectif ni d'ordre mental. L'ancienne association pathologique des désordres psycho-émotionnels et cardio-vasculaires est tout à fait rompue.

CONCLUSION

Voici donc trois malades, bien différentes au point de vue de leur personnalité psychique et du tableau clinique de leur névrose. Leur histoire concorde admirablement sur un point : le mécanisme pathogénique de leur crise d'angoisse initiale.

Chez toutes trois en effet, nous voyons cette crise initiale se présenter sous la forme de désordres fonctionnels du cœur et des vaisseaux, provoqués fort vraisemblablement par une nutrition défectueuse du système nerveux. Ce désordre organique primitif retentit dans la sphère psychique, est enregistré dans l'écorce sous forme d'image affective et se révèle dans la conscience par le sentiment de la peur. Un état d'anxiété fondamental se constitue d'une façon de plus en plus persistante. De temps en temps surviennent, à titre d'accidents épisodiques, des crises d'angoisse, reproductions plus ou moins fidèles de l'attaque initiale.

Mais il faut bien distinguer les deux mécanismes différents selon lesquels se sont déchaînées la crise initiale d'une part, les crises consécutives d'autre part. Ces dernières sont dues presque toujours à une réviviscence intense de l'image affective, à une hypermnésie émotive, qui détermine par une action centrifuge les phénomènes cardio-vasculaires. Le point de départ de ces attaques est alors dans l'écorce. La cause en est franchement psychique.

La crise initiale, au contraire, qui a inauguré la névrose anxieuse, n'avait été précédée d'aucune représentation mentale. Elle était survenue d'emblée, comme expression d'un trouble fonctionnel de l'innervation cardio-vasculaire. La cause n'en doit pas être cherchée dans l'activité psychique de l'écorce, mais dans les troubles organiques

du cœur et des vaisseaux consécutifs de l'épuisement nerveux.

Dans la pathogénie de ces phobies neurasthéniques, le rôle prépondérant semble donc bien appartenir à l'appareil cardio-vasculaire. C'est là le seul point que nous voulions mettre en valeur dans ce travail.

Séance du mardi 2 août (Soir)

Présidence de M. MOTET

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Kachenko, médecin directeur de l'Asile de Nijnij-Nowgorod, assiste à la séance. Il le charge de transmettre à ses confrères russes les sympathies du Congrès.

La parole est donnée à M. VALLON (de Villejuif) pour l'exposé de son rapport sur les délires transitoires au point de vue médico-légal.

Les Délires transitoires au point de vue médico-légal

Sous ce titre : *Délires transitoires*, je vais passer en revue tous les troubles mentaux transitoires, tous les états passagers d'aliénation mentale qui sont de nature à donner lieu à une expertise médico-légale.

C'est là une des questions les plus difficiles et les plus obscures de la médecine légale des aliénés. Je n'ai pas l'intention de l'étudier dans tous ses détails; je veux essayer seulement d'en dessiner les grandes lignes, et ce court rapport n'a d'autre prétention que de constituer un simple programme de discussion.

Les délires transitoires, outre le grand intérêt qu'ils présentent au point de vue pratique, étaient encore bien dignes d'appeler l'attention du Congrès des Médecins Alié-

nistes et Neurologistes, en raison de cette circonstance que jamais ils n'ont eté l'objet d'une discussion approfondie devant aucune Société savante. En 1869, à l'Académie Royale de Médecine de Belgique, M. VAN HOLSBEEK a bien lu un travail sur la *Folie subite, passagère, au point de vue médico-légal*, mais cette communication n'a été suivie d'aucun débat (1).

Je n'ai pas cherché, je l'avoue, si dans les livres hippocratiques se trouve quelque passage faisant une allusion plus ou moins directe à la question qui nous occupe, et je ne saurais dire au juste quand et par qui, pour la première fois, le qualificatif *transitoire*, ou un de ses équivalents, *passager, temporaire*, a été accolé à un des substantifs qui servent à désigner les troubles cérébraux : délire, folie, aliénation mentale.

C'est la manie, semble-t-il, qui, la première parmi les diverses variétés de maladies mentales, s'est vue attribuer l'épithète de transitoire, et cela, d'après CASPER (2), à propos du fait suivant rapporté par HEIM (3).

Le Conseiller d'État Lemke, de Berlin, vivait paisiblement, en très bonne intelligence avec sa femme, et s'était acquis l'estime de tout le monde. Une nuit sa femme entend dans sa respiration un râlement qui l'inquiète. Elle le réveille subitement; celui-ci la saisit comme un furibond, la traîne à la fenêtre et veut la jeter dans la rue. Après une demi-heure de lutte, il s'affaiblit, et, heureusement, les voisins accourent aux cris poussés par la victime et la délivrent. Un vomitif fait cesser ce court accès de manie, et, depuis quatorze ans, il ne s'en est pas manifesté d'autre.

Non seulement la manie a été la première de toutes les vésanies à être qualifiée de transitoire, mais, de plus, elle paraît être la seule, pour certains auteurs, à mériter

(1) *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, année 1869, 3e série, t. III, nº 10.

(2) CASPER : *Traité pratique de Médecine légale*, traduit de l'allemand, Germer-Baillière, 1862, t. I, p. 330.

(3) HEIM : *Archives de Médecine expérimentale de Horn*, Nasse et Henke, 1817, 1er cahier.

parfois cette appellation. C'est ainsi que dans le *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales*, de Dechambre, au mot *Folie transitoire*, M. Ritti se contente de renvoyer à l'article *Manie*, du même Dictionnaire.

Parmi les auteurs qui se sont occupés de la folie transitoire, plusieurs ont étudié en même temps la folie subite, tel M. Holsbeek. Ce rapprochement s'explique facilement : les troubles de l'intelligence, dont l'évolution totale est courte, ont presque forcément un début brusque. Bien entendu nous n'avons pas à nous occuper ici des délires qui, ayant un début subit, ont une évolution d'une certaine durée.

Les travaux d'ensemble sur les troubles mentaux transitoires sont peu nombreux.

Hoffbauer (1), dans son *Traité de médecine légale*, consacre un chapitre aux *États passagers de l'âme qui peuvent être du ressort de la médecine légale*, à savoir :

1° L'ivresse ;

2° L'état intermédiaire au sommeil et à la veille ;

3° L'égarement momentané ;

4° L'impulsion insolite à une action déterminée.

Mais il faut arriver à Marc pour trouver une étude quelque peu complète de la question. Dans son ouvrage sur la folie, considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires, le savant aliéniste lui consacre près de deux cents pages. Sous le titre de folie *transitoire* ou passagère il comprend : « non seulement tout désordre mental qui, se manifestant soudainement, disparaît en peu de temps, mais encore les accès de folie qui offrent des intervalles lucides, des intermittences régulières ou irrégulières. »

Marc (2) étudie successivement :

1° La manie temporaire ;

2° L'aliénation mentale transitoire des épileptiques ;

(1) Hoffbauer : Médecine légale relative aux aliénés et aux sourds-muets, traduit de l'allemand par Chambeyron, p. 231.

(2) Marc : De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires, t. II, p. 473 et suivantes.

3° La folie transitoire produite par l'ivresse ;

4° La folie transitoire produite par intoxication ou par l'action d'une substance vénéneuse ;

5° L'aliénation mentale passagère, produite par un état intermédiaire au sommeil et à la veille.

Il mentionne ensuite le *somnambulisme* et *l'égarement momentané*.

Calmeil, Devergie, Tardieu (1), s'expriment ainsi au sujet de la folie transitoire : « La Science est malheureusement « forcée de reconnaître, parce que les faits le démontrent, « que l'esprit humain est parfois susceptible d'éprouver un « dérangement, une aliénation subite, purement transi- « toire. Tous les individus chez lesquels on est à même de « noter de pareils dérangements ne sauraient point être « classés dans une même catégorie, attendu que les uns « obéissent, en accomplissant le mal, à la suggestion d'une « sensation erronée ; les autres à une conception mala- « dive, absurde et déraisonnable ; d'autres, enfin, à une « sorte de détermination qui fait qu'ils agissent sans « trop se rendre compte des motifs de leurs actions, « qu'ils ont même par la suite beaucoup de peine à expli- « quer.

« La Science parvient à constater que ces sortes d'alié- « nation éclatent, de préférence, chez les individus qui « sont prédisposés, par des influences héréditaires, à « l'invasion de toutes les folies ; chez les individus que « l'afflux trop copieux du sang vers la tête incommode sou- « vent ; chez les épileptiques ; chez les sujets qui sont habi- « tuellement en proie à des idées de mélancolie, à la taci- « turnité, etc. »

Dans la communication de M. Holsbeek à l'Académie de Médecine de Belgique, la folie passagère est ainsi caractérisée : « elle consiste dans un trouble psychique, subit et passager, déterminé par une sorte de fougue nerveuse ou congestive, accompagnée souvent d'impulsions violentes, automatiques et irrésistibles. »

(1) Calmeil, Devergie, Tardieu : Rapport sur J. R. *Annales médico-psychologiques*, 1856.

D'après M. Holsbeeck, les formes que revêt la folie *subite passagère* sont la manie, la monomanie et la stupeur, la manie étant la forme la plus fréquente. En réalité, le médecin de l'Asile d'Evère paraît n'admettre comme folie transitoire que la manie, car les cas de monomanie et de stupeur qu'il cite sont, non pas des accès de folie passagère, mais des cas de folie à début brusque.

Pour Marcé (1), quand on soumet à une analyse attentive les faits que l'on a désignés sous le nom général de *folie instantanée, folie transitoire*, on s'aperçoit qu'il est impossible de les rattacher à une forme unique et qu'ils se décomposent, quant à leur point de départ et leur mode d'interprétation, en un certain nombre de variétés dont la connaissance est importante pour le médecin-légiste, car elle lui indique dans quel sens il doit diriger ses investigations.

Marcé distingue :

1° La manie transitoire simple ;

2° La manie épileptique ;

3° La manie liée au travail de l'accouchement ;

4° La folie consistant en une impulsion irrésistible de très courte durée ;

5° L'égarement momentané de l'esprit dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil ;

6° Le délire passager de l'*intoxication* par certaines substances narcotiques ;

7° L'accès de folie transitoire de l'ivresse.

Nous arrivons maintenant à l'auteur contemporain qui a fait, des troubles mentaux transitoires, l'étude la plus complète, à Krafft-Ebing. En 1865, en 1868, puis en 1880, le savant professeur de Vienne a publié des mémoires sur cette question, qui se trouve d'ailleurs discutée tout au long dans son *Traité clinique de Psychiatrie* (2). Voici comment il s'exprime au sujet de la folie transitoire en général :

(1) L.-V. Marcé : Traité pratique des maladies mentales, p. 636 et suivantes.

(2) Traité clinique de Psychiatrie, par le Dr von Krafft-Ebing, traduit sur la 5e édition allemande par le Dr Emile Laurent, p. 252.

« A côté de la folie dont l'évolution se fait en un mois « et même un an, on note certains états psychopathiques « dont la durée n'atteint que l'espace de quelques jours et « même de quelques heures.

« La déclaration brusque, l'élévation rapide du tableau « morbide à son apogée avec peu d'oscillations dans l'intensité pendant le stade culminant, la résolution subite et « pour ainsi dire critique de l'accès, avec rétablissement « immédiat du statut psychique quo ante, constituent aussi « des différences considérables avec la folie ordinaire « (chronique) qui ne présente, que dans certaines de ses « formes périodiques, une marche semblable à celle de la « folie transitoire. On note encore dans cette dernière, « comme signe caractéristique, le trouble plus profond de « la conscience pendant toute la durée de l'accès, avec des « absences de souvenir qui ne manquent jamais et, de « plus, le caractère délirant de tous les phénomènes cli- « niques. Ces particularités dans la marche et l'évolution « de la folie transitoire s'expliquent étiologiquement, en « partie, par le fait que ce genre de folie est toujours un « phénomène de réaction à des influences puissantes, mais « qui n'ont frappé que passagèrement le cerveau (troubles « de la circulation, poisons, émotions, fièvres).

« De même les troubles de développement congénitaux, « les anomalies fonctionnelles acquises peuvent faciliter « et augmenter l'effet de ces phénomènes normaux. Sou- « vent c'est un cerveau qui réagit d'une manière anormale « dans ses fonctions vaso-motrices, et cette réaction anor- « male (facilité de production d'une crampe vasculaire, ou « d'une paralysie vasculaire s'étendant à de vastes régions « vasculaires) peut représenter une anomalie congénitale, « souvent héréditaire, ou bien acquise par des affections « cérébrales récentes : par un trauma, par la syphilis, par « des maladies en foyer du cerveau, par l'alcoolisme chro- « nique, les états d'épuisement, etc., et comme telle, c'est « un phénomène partiel des maladies complexes des nerfs « et du cerveau. Dans tous les cas, il faut bien retenir cli- « niquement que la folie transitoire est un type clinique « symptômatique. Dans les cas isolés, il y a nécessité à

« chercher à la ramener à la névrose spéciale, ou à la ma-
« ladie cérébrale qui en est la cause. Au point de vue « pathogénique, les cas de folie transitoire peuvent se « ramener : 1° aux changements brusques de la pression « sanguine et de la répartition du sang, par la paralysie ou « par crampe vasculaire (manie transitoire), états d'anxiété « transitoires (émotions pathologiques) ; 2° à des troubles « subits et radicaux dans la nutrition de l'organe psychique, « causés par le changement qualitatif du sang, c'est-à-« dire par le mélange avec des matières étrangères, ou par « la surcharge de matières d'excrétion, ou par le manque « de certaines parties constituantes normales qui ne sont « pas en quantité suffisante (délires toxiques et d'inanition).

« Le trouble de la conscience peut, dans la folie transi-« toire, consister en états de somnolence, de repos, de « stupeur, et en états crépusculaires (1). Dans cette cons-« cience profondément troublée, peuvent se produire des « phénomènes multiples d'excitation, sous forme d'hallu-« cination, de délire, d'angoisse ; des phénomènes d'émo-« tion psycho-motrice. Il y a en plus des phénomènes de « réaction anormaux. C'est ainsi que se produisent une « série de types cliniques différents les uns des autres, « remarquables par le groupement spécial des symptômes, « ce qui leur donne une allure particulière ».

Krafft-Ebing étudie dans différents chapitres les folies transitoires neurasthénique, épileptique et hystérique, les délires toxiques, les délires fébriles et d'inanition, la manie transitoire, les états d'anxiété transitoires, les émotions pathologiques et les réactions alcooliques pathologiques.

A côté de ces quelques auteurs qui ont envisagé dans son ensemble la question des troubles mentaux transitoires, il en est nombre d'autres qui se sont attachés seulement à l'étude d'un ou de quelques points de la question. Au lieu de passer en revue ces travaux par ordre chronologique, il me paraît de beaucoup préférable de les grouper

(1) Krafft-Ebing désigne sous ce nom des états d'obscurcissement temporaire de la conscience.

par catégories, suivant le sujet qu'ils ont traité. Il me faut donc tout d'abord établir une classification des troubles mentaux transitoires. Voici celle à laquelle je me suis arrêté. Elle est loin d'être parfaite, ayant d'ailleurs cela de commun avec toutes les classifications qui ont été faites des maladies mentales :

1° Vésanies transitoires ;

2° Troubles transitoires de la sphère émotive ;

3° Impulsions irrésistibles de courte durée ;

4° Troubles mentaux de la puerpéralité ;

5° Troubles mentaux liés à une intoxication : alcoolisme, etc. ;

6° Troubles mentaux liés à une névrose : épilepsie, hystérie, neurasthénie, migraine ophthalmique, etc.;

7° Troubles mentaux liés à une affection des centres nerveux (traumatisme, lésion en foyer, etc.), ou des nerfs;

8° Troubles mentaux dans les maladies autres que celles du système nerveux ;

9° Troubles mentaux liés à des troubles du sommeil : état intermédiaire à la veille et au sommeil ; somnambulisme ; rêves prolongés ;

10° L'égarement passager.

I

VÉSANIES

Les vésanies transitoires, si j'en crois ma propre expérience, ne sont pas fréquentes. C'est également l'avis de Foville fils. On lit en effet, sous sa signature, à l'article *Folie* du *Dictionnaire pratique des sciences médicales :* « Même « lorsqu'elle suit une marche rapide, la folie se juge très « rarement en un temps aussi court que la plupart des ma- « ladies aiguës des autres organes. Sans doute elle est « quelquefois très courte et peut ne durer que quelques « heures, mais cela est tout à fait exceptionnel, en dehors « des cas d'intoxication. »

Pour DEVERGIE (1) : « Il n'existe pas de folie transitoire « dans la pure acception du mot. La folie transitoire, comme « toute espèce de folie, a ses prodromes, ses symptômes « éloignés et prochains que le monde ne saisit pas, aux- « quels il n'attache pas assez d'importance, et qui, tôt ou « tard, se traduisent par l'acte délirant, l'acte reconnu folie « *par tous*, souvent nuisible, et ayant quelquefois le cachet « criminel. »

Nous avons vu que pour M. RITTI l'histoire des folies transitoires se confond avec celle de la manie transitoire.

Manie transitoire. — Le premier auteur qui a parlé de la manie transitoire, HEIM (2), paraît avoir beaucoup exagéré son importance ; il l'a érigée en une espèce particulière de maladie mentale, et il est arrivé à cette conclusion que CASPER (3) qualifie assez justement d'inouïe : « Il est certain que « beaucoup d'hommes, qui sont morts de la main du bour- « reau ou qui ont passé leur vie dans les prisons, étaient « complètement innocents, et étaient atteints de la manie « transitoire. »

Au sujet de la manie transitoire HENKE (4) s'exprime ainsi :

« Il peut survenir chez un individu, jusque-là sain « d'esprit, un véritable accès de manie qui dure peu de « temps, et pendant lequel il est possible qu'il se livre « aux actes les plus illégaux. Des observations incontes- « tables ont prouvé que de pareils accès ne durent quel- « quefois que peu de jours, parfois qu'un seul jour, et même « quelques heures seulement. Le plus souvent ils dépendent « de causes matérielles, comme, par exemple, d'un déve- « loppement corporel, d'un travail d'évolution anormal, « d'irritations diverses du tube digestif, d'un trouble dans

(1) A. DEVERGIE : Où finit la raison, où commence la folie au point de vue de la criminalité de l'action dans la folie transitoire homicide (*Mémoires de l'Académie impériale de Médecine*, t XXIII, année 1859).

(2) *Archives de médecine expérimentale de Horn*, Nasse et Henke, 1817, 1er cahier.

(3) *Loc. cit.*, p. 330.

(4) *Médecine légale*, 5e édit., p. 271.

« l'excrétion menstruelle. etc. Mais il faut bien se garder « de confondre avec eux l'explosion de passions vives, telles « que la colère, la vengeance, la jalousie, etc., pendant « lesquelles des actions criminelles sont souvent com- « mises. »

Pour MARC, la manie subite et transitoire doit être considérée comme une manie aiguë, et s'accompagne presque toujours d'une accélération notable du pouls, d'un véritable état fébrile.

CASPER émet l'avis que les exemples de manie transitoire, rapportés par les auteurs, ne sont que des manies ordinaires, ou bien des états d'exaspération causée par l'ivresse du sommeil, par une colère violente, par les douleurs de l'enfantement ou par une irritation intestinale.

« Ainsi, dit-il, nous admettons très bien que la manie « puisse faire subitement invasion dans l'esprit d'un homme « sain, sous l'influence de l'ivresse du sommeil, d'un accou- « chement, de l'insolation, etc., et disparaître après un « accès pour ne plus revenir; mais ce sont des accès qui « ne diffèrent de la manie ordinaire que par leur durée, et « nous concluons :

« Il n'y a pas d'espèce particulière de maladie mentale « appelée : *manie transitoire.* Cette dénomination non « scientifique et dangereuse, doit être rayée de la science. « L'examen approfondi de la vie de chaque homme est « le seul moyen d'arriver à la connaissance de son état « mental. »

Voici ce que dit LINAS (1) de la manie transitoire :

« La manie transitoire peut se montrer aussi sous l'in- « fluence de l'état puerpéral, de la grossesse et de l'allaite- « ment, ainsi que sous l'influence des grandes névroses, « la chorée, l'hypocondrie, l'hystérie et surtout l'épi- « lepsie.

« Enfin, on l'observe parfois dans le paroxysme et dans « la période décroissante des pyrexies à température éle-

(1) Article *Manie* du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.*

« vée, telles que les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde,
« les fièvres intermittentes et le rhumatisme articulaire
« aigu.

« Dans toutes les circonstances qui viennent d'être énu-« mérées, la manie transitoire se lie intimement à l'état « pathologique sur lequel elle se développe ; elle en pro-« cède, et l'on peut dire alors qu'elle est symptomatique « ou secondaire. Les conditions étiologiques ne changent « rien, d'ailleurs, au caractère du délire, qui reste tou-« jours, quelles que soient ses causes, empreint de vio-« lence, de fureur et d'une aveugle impulsion au meurtre « et à la destruction. »

Korsakoff (1), professeur de psychiatrie à l'Université de Moscou, trace de la manie transitoire le tableau suivant :

« Elle s'observe le plus souvent chez des gens bien por-« tants avant et après l'accès. L'invasion est brusque, le « maximum d'intensité est atteint au bout de quelques mi-« nutes, rarement au bout de quelques heures. Il existe « une très grande confusion dans les idées. Les idées déli-« rantes sont incohérentes, les illusions et les hallucinations « fréquentes. On observe des impulsions violentes, des actes « de destruction, des tentatives de meurtre, des cris inar-« ticulés. Au bout de quelques heures, épuisement de « l'énergie cérébrale et sommeil de quelques heures. Une « fois réveillé, le malade ne conserve pas le souvenir de « ce qui s'est passé pendant l'accès. »

M. Korsakoff assigne, comme causes à la manie transitoire : les traumatismes crâniens, les chagrins, l'alcoolisme, l'insolation.

Mendel (2) n'admet pas l'existence de la manie transitoire proprement dite, il fait observer que sous ce nom on a confondu des états très différents ; il faut avant tout exclure les cas où le paroxysme n'est que l'équivalent de l'attaque épileptique. De même il faut exclure les faits où il s'agit simplement d'un accès hystérique ; ils sont assez fréquents,

(1) Korsakoff : Cours de Psychiatrie, en langue russe.
(2) Mendel : Die Manie, pp. 70 et 71, Berlin, 1881.

mais observés plutôt par le médecin de la famille que par le médecin aliéniste. D'autres cas sont déterminés par des intoxications aiguës (alcool, oxyde de charbon, etc.) ou bien ils doivent être considérés comme des délires fébriles.

KRAEPELIN (1) reconnaît la réalité des faits décrits sous le nom de manie transitoire, mais il trouve qu'il vaudrait mieux les ranger sous la rubrique : *délire transitoire*. A l'exemple de SCHWARZER, il n'admet pas la prédisposition héréditaire ; ce sont presque toujours, suivant lui, des états congestifs ou d'autres causes qui surviennent brusquement chez les individus, jouissant jusqu'alors d'une santé parfaite ; on les observe surtout chez les hommes. Le point délicat, en semblable circonstance, c'est de séparer cette folie transitoire d'autres formes analogues ; le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile, surtout en ce qui concerne les états épileptoïdes ; elle peut enfin être distinguée de la simple ivresse, par ce fait que la quantité d'alcool absorbé ne répond pas à l'intensité de l'accès.

LEIDESDORFF admet l'existence de la manie transitoire ; d'après lui elle peut se manifester tout à coup, à la suite de causes accidentelles, par exemple, une congestion passagère sous l'influence d'une température trop élevée, de l'excitation alcoolique, etc.

KRAFFT-EBING (2) définit la manie transitoire : un trouble mental qui se produit en quelques heures, qui éclate chez des personnes saines d'esprit auparavant, et qui le redeviennent après ce dérangement, qui arrive subitement, et qui, pendant toute sa durée, est accompagné d'une profonde obnubilation de l'intelligence, de sorte qu'il ne reste aucun souvenir de la période d'accès. Cette période constitue donc une lacune formelle dans la continuité de la conscience. Sur la base de ce trouble profond de la conscience, on trouve des phénomènes d'excitation psychique (délire, illusions des sens, anomalie des mouvements) qui prennent l'aspect clinique, tantôt de la folie furieuse, tantôt

(1) KRAEPELIN : Psychiatrie, 3e édit., 1889, p. 249.
(2) *Loc. cit.*, p. 254.

du délire aigu hallucinatoire. Le nom de manie convient peu à ce type morbide, qui se rapproche plutôt du délire que de la manie, avec laquelle il n'a tout au plus de commun que la fuite permanente des idées, et les mouvements involontaires agressifs d'origine organique.

Il existe une puissante excitation cérébrale. Des phénomènes de fluxion cérébrale (vertige, maux de tête, sentiment d'abasourdissement allant jusqu'à l'ictus apoplectique), de l'irritation, une sensibilité excessive à la lumière et au bruit précèdent l'accès et l'accompagnent (tête rouge, chaude, conjonctives injectées, pouls carotidien, plein et mou ; parfois salivation, grincement des dents, crampes partielles, toniques et cloniques). Après de courts prodromes, l'état morbide atteint rapidement son point culminant, la conscience disparaît, et le malade commence à délirer, à divaguer. Le sujet du délire et des hallucinations est de nature terrifiante, mais parfois il s'y mêle aussi des délires de nature gaie. L'agitation du malade est démesurée et sans but ; c'est, en partie, une réaction contre les faits délirants et hallucinatoires, en partie l'expression de l'excitation violente des centres psycho-moteurs. Le malade hurle et crie, est baigné de sueurs, la circulation et la respiration sont accélérées.

Après une demi-heure, au maximum après quelques heures, la crise se détend, le malade, épuisé, tombe dans un profond sommeil dont il se réveille parfaitement lucide quelques heures plus tard. Dans quelques cas rares il y a recrudescence du paroxysme après le sommeil.

Après l'accès, quelques traces d'hypérémie cérébrale subsistent tout au plus pendant quelques heures encore (vertige, mal de tête).

Comme causes prédisposantes, il faut mentionner : la jeunesse, la constitution pléthorique, le tempérament coléreux et irritable, la tendance aux congestions céphaliques. Cette dernière tendance, qui constitue une diminution du pouvoir de résistance des vaso-moteurs, peut tenir à des conditions congénitales, ou peut être acquise par les débauches, les maladies, les accouchements, les trauma capitis, la syphilis, les chagrins et les soucis continuels.

Comme causes provoquant l'accès, on a noté : la paralysie des vaisseaux due aux émotions, notamment à la colère, aux excès de boisson, au séjour dans une chambre chaude, à la chaleur du soleil.

Les vrais cas de manie transitoire n'ont été jusqu'ici observés que chez les personnes à l'état de veille. Un accès, qui se manifeste pendant le sommeil, autorise à admettre la présence d'un délire épileptique. La même supposition doit être faite quand des récidives se produisent. Les rechutes sont excessivement rares dans la vraie manie transitoire. Cette manie est rare, et pour la majorité des cas qui figurent sous ce nom dans les publications scientifiques, il faut admettre une base épileptique et regarder l'accès comme un équivalent épileptique ; souvent même des émotions pathologiques et des états de réaction alcoolique, le raptus mélancolique, des délires hystériques, des accès de manie ordinaire, aiguë et furieuse, ont été désignés à tort comme des cas de manie transitoire.

Au point de vue du diagnostic, il faut noter : l'éclosion subite de la maladie chez des individus sains avant et après l'accès et qui ne sont pas épileptiques, la résolution critique par un profond sommeil, le trouble grave de la conscience avec absence totale de souvenir ensuite, les symptômes de fluxion cérébrale violente qui annoncent et accompagnent le tableau clinique.

L'ensemble des phénomènes peut, anatomatiquement, se ramener à un processus hypérémiant intense, mais transitoire, dans l'écorce cérébrale, et s'interpréter dans ce sens.

Le pronostic est favorable. La terminaison par apoplexie ou par inflammation cérébrale n'a jamais été observée jusqu'ici. Les rechutes sont très rares.

Mélancolie. — Un accès mélancolique peut ne pas durer longtemps. « Dans les cas, dit CALMEIL (1), où l'explosion des idées délirantes a été provoquée par l'action d'une cause morale, sa durée peut se borner à un petit nombre de

(1) CALMEIL : De la folie.

jours. » ERLENMEYER (1) a décrit une mélancolie transitoire. Mais ce sont là des faits exceptionnels. Quand la vésanie est passagère elle revêt bien plutôt la forme maniaque que la forme mélancolique.

On connaît les raptus mélancoliques ; il ne s'agit pas là, à proprement parler, d'une vésanie transitoire mais de phénomènes épisodiques se montrant au cours de la mélancolie.

KRAFFT-EBING (2) décrit des *états d'angoisse transitoire* se produisant isolément chez des individus *sains avant et après l'accès*, ce qui les distingue des raptus mélancoliques, « On peut observer, écrit-il, des cas de folie transitoire « dans lesquels l'intelligence du malade est profondément « troublée, où il est importuné par des sentiments de vive « angoisse et par la crainte de dangers menaçants. Ces « états peuvent durer des heures et même plusieurs jours. « Selon le degré du trouble de l'intelligence, le souvenir « de la phase morbide est sommaire ou même manque. « L'angoisse peut présenter les degrés d'intensité les plus « divers, et varier de la simple oppression anxieuse à « l'arrêt complet de tous les actes psychiques.

« A l'apogée de la maladie, les illusions terrifiantes des « sens (ouïe, vision), les idées terribles de sinistre qui « menace et dans lesquelles la peur s'objective, manquent « rarement. Comme r action de l'angoisse et du délire se « produisent des impulsions motrices qui, de la simple « inquiétude motrice, peuvent aller jusqu'aux violences « inspirées par une défense désespérée contre un prétendu « danger de mort. »

Ces états d'angoisse transitoire ont de commun avec les raptus mélancoliques l'angoisse excessive et violente éprouvée ordinairement dans la région précordiale.

« Pour les états d'angoisse transitoire, poursuit KRAFFT-« EBING, il faut aussi admettre une interprétation sympto-« matique et rechercher sa pathogénie dans des troubles

(1) ERLENMEYER : Melancholia transiter Corr. Blatt. f. Psych., 1867, 8, 9, 10.

(2) *Loc. cit.*, p. 256.

« de la circulation d'origine vaso-motrice et se manifestant « d'une manière aiguë. Pour une série de cas on trouve « des symptômes d'anémie cérébrale comme signes pré- « curseurs de l'accès et l'accompagnant ; et, comme des « phénomènes de spasme vasculaire existent dans les « artères accessibles à l'examen, il est probable que ces « troubles fonctionnels existent aussi dans les vaisseaux « du cerveau. »

Comme causes prédisposantes des états d'angoisse transitoire on a noté : la constitution névropathique, souvent aussi les névroses prononcées sous forme d'hystérie, d'hypocondrie, de neurasthénie. Cette dernière est d'une importance toute particulière quand elle résulte de la masturbation. La puberté, la grossesse, la lactation, les menstrues semblent renforcer la prédisposition ; puis le surmenage intellectuel et physique, et surtout les veilles. Comme causes occasionnelles il faut citer : les émotions, les pertes de sang, les névralgies, peut-être aussi les excès alcooliques, les troubles gastriques et l'habitude de fumer du tabac trop fort.

Le pronostic est favorable. Les récidives ne sont pas rares. Pendant l'accès, le malade est très dangereux pour sa propre personne par suite de son *tædium vitæ ;* il l'est également pour son entourage.

II

TROUBLES TRANSITOIRES DE LA SPHÈRE ÉMOTIVE

Voici un résumé du chapitre consacré par Krafft-Ebing (1) aux émotions pathologiques :

Une émotion devient pathologique quand la personne atteinte perd conscience et que ses réactions motrices perdent le caractère d'actes volontaires. Une émotion pathologique peut durer plusieurs heures et même plusieurs jours.

(1) *Loc. cit.*, p. 258.

Rigoureusement il ne s'agit plus ici d'émotion, mais d'un trouble mental transitoire provoqué par le choc émotif. Celui-ci donne lieu à des changements d'innervation vasculaire, d'où trouble subit et profond dans la répartition du sang et la pression sanguine, d'où enfin obnubilation plus ou moins complète de la conscience, fait auquel correspond, après l'accès, un souvenir vague ou le manque absolu de tout souvenir.

Seules les émotions de nature dépressive, l'angoisse, l'horreur et la colère, amènent une réaction pathologique et cette réaction se produit d'autant plus facilement que l'émotion a été plus inattendue et qu'elle a plus puissamment menacé les intérêts de la personnalité (danger de la vie, atteinte grave à l'honneur civique ou sexuel).

Cependant ce qui est décisif, c'est l'état dans lequel se trouvaient les centres vasculaires au moment du choc émotif. Une irritabilité anormale ou une grande tendance à l'épuisement peuvent exister chez eux d'une manière permanente ou passagère. — Permanente elle peut tenir à une tare héréditaire, à un arrêt de développement du cerveau (imbécillité), à une névrose, à un état de faiblesse cérébrale acquise (apoplexie, trauma, maladie mentale antérieure, ou à une maladie cérébrale actuelle (alcoolisme chronique, syphilis cérébrale). Passagèrement elle peut dépendre de l'influence déprimante des maladies qui privent de sommeil, être produite par le surmenage, par le manque d'alimentation, les chagrins, les soucis, les passions.

Il est probable qu'un cerveau robuste peut aussi réagir d'une manière pathologique en face d'émotions, surtout quand au choc émotif s'ajoutent la consommation de l'alcool et une température extérieure très élevée.

Le tableau clinique des émotions pathologiques peut se rapprocher de celui de la manie transitoire ou de celui de la stupeur, d'autres fois il se réduit à un trouble vague.

La durée de ces états d'émotion pathologique est de quelques heures à quelques jours.

La terminaison dans la plupart des cas est subite.

III

IMPULSIONS IRRÉSISTIBLES (CONSCIENTES) DE COURTE DURÉE

Je parle ici des impulsions dont le malade a conscience, dont il se souvient et qu'il est en mesure de raconter. Ce sont ces impulsions que les anciens aliénistes qualifiaient de monomanie instinctive et il y avait autant de monomanies que d'actes répondant à l'impulsion : monomanie homicide, suicide, etc. Eh bien, peut-on voir se produire de pareilles impulsions à titre purement transitoire ?

Voici comment s'exprime Marc (1) à ce sujet : « La mo-
« nomanie peut-elle se développer brusquement et cesser,
« après l'exécution de l'acte auquel elle a porté instinctive-
« ment un individu ? Ici, il faut le dire, les exemples con-
« cluants n'abondent pas ; mais déjà, par analogie seule-
« ment, on ne saurait en contester positivement la
« possibilité. Ne rencontrons-nous pas dans la société, des
« personnes raisonnables et d'une moralité reconnue qui
« avouent avoir été, au moins une fois dans le cours de
« leur vie, surprises par un instinct extravagant ?

« Moi le premier, ajoute Marc, je me rappelle que, pas-
« sant un jour sur le Pont-au-Change et y voyant assis sur
« le parapet un garçon maçon qui se dandinait en prenant
« son déjeuner, je fus saisi de l'épouvantable désir de lui
« faire perdre l'équilibre et de le précipiter dans la rivière.
« Cette idée ne fut qu'un éclair ; mais elle m'inspira une
« horreur telle, que je traversai rapidement le pavé pour
« m'élancer sur le trottoir opposé, et m'éloigner avec
« promptitude de l'objet qui avait fait naître en moi cette
« horrible velléité.

« Talma, à qui je racontai ce qui m'était arrivé, m'assura
« avoir éprouvé la même propension dans des circons-
« tances à peu près semblables. »

(1) *Loc. cit.*, p. 478 et suiv.

« La folie transitoire, dit Marcé (1), peut consister en « une impulsion irrésistible de très courte durée, se déve- « loppant presque instantanément chez un individu sain « d'esprit en apparence et disparaissant après la perpétra- « tion de l'acte. »

Parlant des impulsions au meurtre en particulier, Lasègue s'exprime ainsi : « Est-on autorisé à admettre une « classe de malades poussés au meurtre par une violence « irrésistible et passagère, sans autres perversions phy- « siques ou psychiques constatables durant l'accès, sans « troubles caractérisés de l'intelligence après la crise ? A « cette question aucun médecin ne peut hésiter à répondre « par l'affirmative. »

On sait que pour M. Magnan, les impulsions ne sont que des syndrômes épisodiques de la folie des héréditaires dégénérés. Mais ce n'est pas ici le lieu de discuter cette question. Quelque opinion que l'on se fasse sur ce point, un fait certain c'est que les impulsions ne constituent presque jamais un phénomène morbide isolé et transitoire. L'impulsion consciente est précédée pendant un temps plus ou moins long, souvent très long, de la pensée obsédante de l'acte, parfois accompagné de la crainte de commettre cet acte. « L'acte ainsi préparé, dit Lasègue, même « dans les formes en apparence les plus instantanées, « prend un aspect de préméditation qui répond à cette « façon d'élaboration successive. »

D'un autre côté, il est tout à fait exceptionnel qu'un individu ait au cours de sa vie une seule impulsion ; ordinairement l'impulsion revient par périodes, par accès, soit sous une forme identique, soit sous des aspects différents.

J'ai communiqué à la Société Médico-Psychologique l'histoire d'un jeune homme non épileptique, héréditairement taré (grand'mère paternelle et père atteints de troubles mentaux) qui, étant allé avec une fille publique, rencontrée dans la rue, sans l'ombre d'un motif, se jeta sur elle et la larda de coups de stylet. A première vue il paraissait bien s'agir ici d'une impulsion subite transitoire. En

(1) *Loc. cit.*, p. 639.

réalité depuis une huitaine de jours le jeune homme était obsédé par l'idée de tuer une fille publique quelconque, il avait lutté pendant tout ce temps avant d'arriver à l'acte. Deux ans auparavant il avait été en proie à une obsession de suicide.

IV

TROUBLES MENTAUX TRANSITOIRES DE LA MENSTRUATION ET DE LA PUERPÉRALITÉ

Au sujet des troubles mentaux de la menstruation, M. Dagonet (1) s'exprime ainsi :

« Il est des jeunes filles qui deviennent folles par suite des difficultés mêmes que la menstruation éprouve pour s'établir ; la folie disparaît aussitôt que les règles viennent à se montrer. La suppression brusque de l'écoulement menstruel, quelle qu'en ait été la raison, refroidissement ou impression morale, etc., a été fréquemment la cause déterminante de l'aliénation qui a pu se dissiper dès que les règles se sont rétablies. »

Il est des femmes qui, chaque fois qu'elles ont leurs règles, sont prises de troubles mentaux passagers. Ceux-ci rentrent alors dans les folies périodiques.

Dans un livre que tout le monde connaît, Marcé a fait de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices une étude où il passe en revue tous les travaux de ses devanciers sur la question. C'est surtout, avance-t-il, au moment de l'accouchement que l'on peut observer des troubles mentaux transitoires, et Marcé, dans son Traité des maladies mentales paru trois ans après son ouvrage sur la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, s'exprime en ces termes au sujet de la manie transitoire liée au travail de l'accouchement (2) :

(1) Traité des maladies mentales, 1894, o. 138.
(2) *Loc. cit.*, p. 638.

« On a cité des cas où le travail de l'accouchement, par « les vives douleurs qui l'accompagnent, par l'ébranlement « profond qu'il imprime au système nerveux, avait déter- « miné un accès passager de manie, et dans certains cas « on a cherché à expliquer par ce délire momentané les « violences exercées par la mère sur l'enfant qui vient de « naître. OSIANDER, PROST, MONTGOMERY, HELM, CAZEAUX, « BOILEAU DE CASTELNEAU, ont rapporté des observations « qui prouvent qu'un égarement momentané de l'esprit, « un délire maniaque passager, pouvaient se manifester « avec le moment des plus vives douleurs de l'enfantement « et coïncider soit avec l'expulsion du fœtus, soit avec « l'expulsion du placenta. Ces faits peuvent donc se ren- « contrer, mais ils sont infiniment rares, et il faudrait « dans la pratique une réunion de circonstances bien pro- « bantes pour arriver à démontrer qu'il a existé au moment « de l'accouchement un accès passager d'aliénation men- « tale. »

TARDIEU (1) s'élève violemment contre l'existence de la folie impulsive des nouvelles accouchées : « Cette doctrine, « dit-il, qui impliquerait l'innocence forcée de toutes les « femmes infanticides, est aussi fausse que celle de la folie « transitoire, qui n'a nulle part été mise en avant avec « plus de persistance et moins de fondement que pour les « femmes qui commettent un crime au moment où elles « viennent d'accoucher.

« En effet, il ne faut pas confondre l'excitation ner- « veuse, le délire même qui se produisent quelquefois pen- « dant le travail, avec la folie et surtout avec une folie « impulsive, et qui peut entraîner la femme à des actes de « violence dont elle n'aurait ni la conscience, ni la respon- « sabilité. »

Et plus loin TARDIEU ajoute : « Il n'est pas à ma connais- « sance un seul cas probant et authentique, qui démontre « que sous l'influence des douleurs de l'enfantement une « femme ait été saisie d'une fureur homicide transitoire, « non plus que d'une impulsion instinctive qui l'ait con-

(1) Etude médico-légale sur la folie, 2e éd., p. 191 et suiv.

« duite, sans qu'elle en ait conscience, à tuer son enfant. « Les seuls faits que donnent en exemples les écrivains « aliénistes à qui il a manqué, pour les bien juger, l'expé- « rience que donne seule la pratique de la médecine légale « et des débats criminels en matière d'infanticide, ces faits « sont relatifs au meurtre d'enfants nouveau-nés, tués dans « les conditions ordinaires, c'est-à-dire peu de temps après « la naissance, par des femmes pour lesquelles on invoque « l'excuse banale de la folie. »

Legrand-du-Saulle (1) n'admet pas non plus la folie transitoire des nouvelles accouchées ; pour lui : « quand une « mère folle commet l'infanticide, elle n'est point atteinte « d'un délire instantané durant juste le temps de tuer son « enfant. L'expert peut trouver des traces de cette folie « qui n'a pas fait que se montrer, puis disparaître ; il doit « donc la rechercher partout, excepté dans l'accouchement, « et tenter de constituer une des formes connues de l'alié- « nation mentale, sans tenir compte des ingénieuses con- « ceptions, des périodes émouvantes, que la commisération « peut inspirer à un défenseur éloquent. »

Contrairement à Tardieu et à Legrand-du-Saulle, la plupart des auteurs qui se sont occupés de la folie puerpérale sont d'avis que celle-ci peut n'être que passagère.

Rocher (2) admet comme démontrée la réelle existence de la folie transitoire et il lui semble rationnel de considérer l'état puerpéral comme une des situations physiologiques les plus propres à son éclosion.

D'après Ball (3), la folie peut éclater au moment même du travail de l'accouchement. « Elle consiste en un *délire « transitoire, passager*, qui reconnaît pour cause, soit un « travail difficile, soit une parturition clandestine, soit des « conditions morales fâcheuses, comme l'isolement, l'aban- « don, la misère. Il est caractérisé surtout par des ten- « dances infanticides. »

« Les troubles psychiques qui surviennent pendant

(1) Traité de médecine légale, 2e éd., p. 854.
(2) Etude sur la folie puerpérale. Thèse de Paris, 1877.
(3) Leçons sur les maladies mentales, 2e éd., p. 707.

« l'accouchement sont transitoires, dit Krafft-Ebing (1). Ils « vont de pair avec un trouble profond de la conscience. « Ce sont des émotions pathologiques qu'on observe le « plus fréquemment dans ce cas. surtout chez les femmes « qui accouchent d'enfants illégitimes, émotions causées « par leur situation d'abandonnées, par la honte d'avoir « perdu l'honneur sexuel, la peine éprouvée aux symp- « tômes précurseurs de l'accouchement, le souci de l'ave- « nir ; on rencontre des états d'excitation furieuse avec « délire, causée par la douleur de l'enfantement, et suivie « d'épuisement, de même que des cas de manie transitoire, « des délires hystériques, épileptiques, de l'éclampsie avec « délire. »

Dans le Traité des maladies mentales de M. Dagonet, au chapitre de la folie puerpérale on trouve les lignes suivantes : « suivant certains auteurs on voit, dans l'accou- « chement normal, le délire survenir assez fréquemment « pendant quelques minutes et persister même des heures « entières, au moment de la dilatation du col ou par suite « du passage de la tête. »

« La folie de l'accouchement, dit enfin M. Régis (2), peut « être absolument transitoire et ne pas se prolonger au « delà de quelques heures ou de quelques jours. »

Les accoucheurs ont bien plus que les aliénistes l'occasion d'observer les troubles mentaux liés à la puerpéralité, surtout ceux qui se produisent au moment de l'accouchement. Aussi est-il à souhaiter de voir s'ouvrir un jour sur ce sujet une discussion dans les Sociétés obstétricales pour faire pendant à celle qui s'est déroulée cette année devant la Société de Chirurgie de Paris sur les psychoses post-opératoires.

(1) *Loc. cit.*, p. 231.
(2) Manuel pratique de médecine mentale, 2e éd., p. 688.

V

TROUBLES MENTAUX PASSAGERS LIÉS A UNE INTOXICATION

Alcoolisme. — L'action immédiate des boissons alcooliques a pour résultat l'ivresse, l'action prolongée amène le délire alcoolique.

Le délire alcoolique aigu ou subaign se développe quelquefois brusquement chez un individu en puissance d'alcool, sous l'influence d'un choc moral ou physique (émotion, traumatisme), ou de la privation brusque (par exemple, dans le cas d'emprisonnement). Le délire alcoolique ne peut durer qu'un très petit nombre de jours.

Au cours de l'alcoolisme chronique on peut observer un accès passager de délire violent s'accompagnant d'hallucinations terrifiantes; c'est ce qu'on a appelé un *raptus*. Les impulsions dangereuses s'y montrent fréquemment, particulièrement les impulsions homicides.

Ce sont là des faits bien connus sur lesquels je n'ai pas à insister.

Un excès alcoolique chez un individu à cerveau normal produit l'ivresse, chez un individu à cerveau anormal elle donne lieu à quelque chose de particulier qui n'est pas l'ivresse ordinaire, l'ivresse simple, mais une ivresse pathologique, une véritable folie transitoire.

Voici ce que dit Krafft-Ebing (1) de cette ivresse pathologique :

La quantité et la qualité de boissons enivrantes ne jouent qu'un rôle secondaire, ce sont les conditions constitutionnelles et prémorbides qui sont déterminantes dans ce cas, celles-ci consistent en dernière analyse en un état fluxionnaire du cerveau. Les caractères qui distinguent cet état de l'ivresse ordinaire sont les suivants :

1° Il y a disproportion entre la quantité de boisson ingé-

(1) *Loc. cit.*, p. 261.

rée et l'effet, parce que des conditions organiques intérieures ou accidentelles se sont surajoutées comme effet accumulant.

2° La liaison chronologique de la cause et de l'effet n'est pas la même que dans l'ivresse ordinaire. Dans celle-ci il y a graduation successive des symptômes alcooliques. L'état d'ivresse pathologique, au contraire, se manifeste tout de suite, au début de l'accès, ou longtemps après, à la suite d'un phénomène émotif qui augmente la congestion alcoolique latente.

3° Au point de vue qualitatif, il y a aussi une différence entre cet état et l'ivresse ordinaire. Il se produit un délire plus ou moins incohérent, un trouble profond de la perception dû à des illusions des sens, des phénomènes maniaques avec actes instinctifs allant jusqu'aux explosions de rage et à l'impulsion à détruire.

Les mouvements ne sont pas chancelants, ataxiques comme chez les gens ivres, mais ils ont un caractère maniaque; ils sont sûrs, vigoureux, énergiques.

Au trouble profond de l'intelligence correspond une absence de souvenir complète pour le temps du paroxysme. Le paroxysme est précédé par des symptômes de congestion cérébrale (rougeur fluxionnaire, mal de tête, vertige, hypéresthésie des organes sensitifs) ; ces mêmes symptômes l'accompagnent.

Je ne puis insister davantage sur ce sujet et je renvoie aux ouvrages de MM. Magnan (1), Lenz (2) et Vétault (3).

Krafft-Ebing donne comme un des caractères de l'ivresse pathologique, qu'elle se manifeste tout de suite, au début de l'excès ou longtemps après. Marcé admet une folie transitoire, *suite* de l'ivresse.

C'est un égarement d'esprit momentané consécutif à l'ivresse et qui n'en diffère en réalité que parce que le délire s'est prolongé au delà de l'effet ordinaire des bois-

(1) Magnan : De l'alcoolisme ; des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.

(2) F. Lenz : De l'alcoolisme et de ses diverses manifestations.

(3) Vétault : Etude médico-légale sur l'alcoolisme. Thèse de Paris, 1887.

sons enivrantes. Marcé reconnaît, d'ailleurs, qu'entre l'ivresse proprement dite et l'accès de folie transitoire, suite de l'ivresse, il n'existe que des nuances parfois très difficiles à apprécier. Il s'agirait donc là d'une ivresse *pathologique par sa durée ;* mais en lisant la description de Marcé on voit que cette ivresse prolongée se confond avec l'ivresse pathologique dont je viens de parler, et cela aussi bien par ses manifestations variées que par les conditions étiologiques dans lesquelles elle se produit.

« Lorsqu'un acte grave, dit Marcé (1), un meurtre, un « viol, un incendie aura été commis dans des circonstances « de ce genre, outre le fait de l'ivresse qui se prouve facile- « ment par les récits des témoins et par l'incohérence des « paroles ou des actes, il faut que le médecin expert mette « en relief, s'il y a lieu, l'état mental habituel du sujet, sa « nature sombre et mélancolique, ses antécédents hérédi- « taires fâcheux, les impressions morales pénibles qu'il a « pu récemment éprouver : c'est en effet dans des condi- « tions de ce genre que les boissons alcooliques, et sur- « tout l'eau-de-vie et l'absinthe, impriment à l'état intel- « lectuel de l'ivresse un cachet de gravité tout particulier, « des idées sombres avec tendance au suicide, une irrita- « bilité extrême, des projets de vengeance, des idées de « violence et de meurtre bien vite réalisées. »

« Il me paraît bien difficile, au point de vue pratique, « ajoute Marcé, de séparer la folie transitoire, suite de « l'ivresse, de l'ivresse proprement dite et par conséquent « de lui enlever complètement le caractère d'imputabilité « que la loi française et la plupart des arrêts assignent à « l'ivresse. »

Marcé fait allusion à ce fait, que l'ivresse n'est pas admise par le Code comme une excuse légale. L'ivresse, résultant d'un abus passager des boissons alcooliques, n'est pas une excuse, mais le délire alcoolique, conséquence d'abus plus considérables et plus prolongés, est un motif d'irresponsabilité. Quelle logique ! ! !

Autres intoxications. — Morphinisme. — Il convient dans

(1) *Loc. cit.*, p. 641 et suiv.

l'empoisonnement par la morphine de distinguer deux états : l'état de puissance et l'état d'abstinence.

L'abus de la morphine amène un état mental particulier que je n'ai pas à étudier ici, mais on peut observer aussi, sous l'influence d'hallucinations, un véritable état de folie transitoire. L'abstinence brusque détermine quelquefois un délire hallucinatoire ressemblant beaucoup au délire alcoolique, ce qui lui a fait donner par Levinstein le nom de *delirium tremens* des morphinomanes. Ce délire présente surtout un caractère maniaque, il dure moins longtemps que le délire alcoolique (quarante-huit heures en général).

Peut-il se produire des impulsions au cours du morphinisme?

D'après Brouardel, le morphinisme, même dans la forme qui a reçu le nom de morphinisme, n'a jamais donné lieu à des impulsions conscientes.

D'après les données scientifiques actuelles, dit Pichon (1), on ne peut admettre des impulsions ni dans l'intoxication morphinique, ni dans l'ivresse morphinique.

Dans la période d'abstinence il n'est pas rare, au contraire, d'observer des impulsions. Tout le monde paraît d'accord sur ce point.

L'intoxication par certaines substances narcotiques, dit Marcé (2), détermine un délire passager qui enlève momentanément toute responsabilité morale. Les solanées vireuses, l'opium et quelques autres substances produisent ainsi des actes de fureur dus à des hallucinations ou à un délire complet.

Je ne puis passer en revue toutes les substances toxiques capables de produire des troubles mentaux passagers et je renvoie aux travaux de Moreau de Tours sur le Hachisch, de Legrain, sur les Poisons de l'intelligence (3), de Pichon sur les Maladies de l'esprit.

(1) Le morphinisme.
(2) *Loc. cit.*, p. 640.
(3) *Annales médico-psychologiques*, 1891-1892.

VI

ÉTATS D'ALIÉNATION TRANSITOIRE LIÉS A UNE NÉVROSE

Épilepsie. — Aucune maladie ne présente des troubles psychiques transitoires aussi fréquents et aussi intenses que l'épilepsie. C'est au point que Legrand du Saulle, à propos de la manie transitoire, a écrit les lignes suivantes : « Je viens de résumer les opinions des auteurs sur la manie transitoire, afin de rester fidèle à mon programme de vulgarisation scientifique, mais je dois déclarer que les cas de prétendue manie transitoire que j'ai observés rentraient cliniquement dans l'épilepsie. »

Par contre, Lasègue (1) a dit : « L'épilepsie est le type « suprême des délires à brusque invasion et à cessation « non moins brusque... Mais on s'écarterait de la vérité « en la représentant comme la somme de tous les pos- « sibles. »

Pour ma part, je dois dire que presque tous les cas de troubles mentaux transitoires, pour lesquels j'ai été chargé de faire une expertise médico-légale, étaient sous la dépendance de l'épilepsie.

Le Congrès de Bordeaux, à la suite du remarquable rapport de M. Parant, a trop longuement discuté la question des impulsions épileptiques pour que j'aie à y revenir.

Hystérie. — Les attaques sont souvent précédées, accompagnées ou suivies de troubles délirants.

Dans son rapport, présenté au Congrès de Clermont-Ferrand, M. Ballet résume ainsi les caractères du délire des attaques : C'est un phénomène passager. Sa durée n'excède pas d'habitude quelques minutes, tout au plus quelques heures. Il est exceptionnel qu'il persiste un ou deux jours.

Dans la folie hystérique, Krafft-Ebing (2) distingue les

(1) *Etudes médicales*, t. I, p. 670. (Des délires par accès.)
(2) *Loc. cit.*, p. 586.

formes suivantes : 1° les états d'aliénation transitoire ; 2° les états délirants prolongés analogues aux équivalents psychiques prolongés ; 3° les psychoses hystériques.

Les états d'aliénation transitoire, dit-il, peuvent être la conséquence immédiate des accès convulsifs, se substituer à ces derniers ou apparaître comme une affection autonome.

Leur forme clinique est très variable; on observe surtout des états d'émotion pathologique, le raptus mélancolique, la manie suraiguë avec idées délirantes érotiques et religieuses, le somnambulisme, le délire extatique, hallucinatoire de nature religieuse, érotique ou terrifiante, souvent démonomaniaque.

La conscience se trouve ici dans un profond état de rêverie, le souvenir manque ou n'est que sommaire.

Les causes occasionnelles sont : des impressions psychiques, la recrudescence de névralgies, les processus de la menstruation.

Ces phénomènes psychiques transitoires durent des heures et quelquefois même des jours ; ils sont souvent compliqués de phénomènes de spasme tonique et clonique.

Neurasthénie. — Parmi les psychoses à base neurasthénique, Krafft-Ebing (1) décrit une folie transitoire apparaissant parfois à l'acmé d'une neurasthénie cérébrale, comme phénomène culminant d'un état d'épuisement cérébral. Comme dernières causes de la folie transitoire, il admet les nuits blanches qui usent les dernières forces. Aussi, avec le rétablissement du sommeil et une meilleure nutrition, obtient-on vite la résolution.

L'épuisement du cerveau se manifeste par une obnubilation de la conscience ; la peur, des représentations délirantes surgissent et mènent à des actes insensés à allures somnambuliques.

Migraine ophtalmique. — Mingazzini (2) rapporte l'his-

(1) *Loc. cit.*, p. 535.

(2) *Rivista sperimentale di freniatria et di medicina legale*, 1893, t. XIX, p. 216.

toire de quatre malades qui ont été atteints de psychoses transitoires à la suite d'un accès grave d'hémicranie ophtalmique. Le premier commit une tentative de meurtre, le second a présenté un état hallucinatoire anxieux, le troisième des hallucinations de la vue, le quatrième des impulsions au suicide. Chez tous les malades les phénomènes morbides ont évolué très rapidement et n'ont laissé aucun souvenir; chez le second, il y a même eu amnésie de la période consécutive à la crise.

L'auteur conclut qu'à la suite d'un accès d'hémicranie ophtalmique grave, peut survenir une psychose transitoire suivie d'amnésie complète lorsque les troubles cérébraux vaso-moteurs, causes de l'hémicranie, déterminent un spasme artériel plus intense qu'à l'ordinaire ou se propageant à une zone plus étendue de l'écorce cérébrale.

Vertiges. — Parmi les vertiges, la variété constituant le vertige des altitudes produit un malaise considérable, une peur qui peut avoir des conséquences énormes, puisqu'on se suicide par crainte de se tuer. Cet état, à la fois rétractile et centrifuge, équivaut à une impulsion. Il touche au vertige maniaque impulsif (LASÈGUE) (1).

VII

TROUBLES MENTAUX LIÉS A UNE AFFECTION DU SYSTÈME NERVEUX

Affections cérébrales. — Ces affections cérébrales récentes (traumastisme, insolation, syphilis, les maladies en foyer, l'alcoolisme), en troublant les fonctions vaso-motrices, peuvent devenir le point de départ de troubles mentaux transitoires.

Affections de la moelle. — Les affections de la moelle, quand elles ont un retentissement sur le cerveau, produisent ordinairement des troubles durables.

(1) Des vertiges. *Études médicales*, t. I, p. 777.

Dans le tabes, on observe parfois des poussées congestives s'accompagnant de troubles mentaux passagers.

Affections des nerfs. — KRAFFT-EBING (1) désigne sous le nom de dysthymie dysphrénie névralgique l'ensemble des troubles mentaux provoqués par une névralgie D'après lui, l'accès isolé d'une dysphrénie névralgique peut se manifester cliniquement sous forme de délire aigu hallucinatoire, d'émotion pathologique, de folie furieuse ou de raptus mélancolique.

VIII

TROUBLES MENTAUX PASSAGERS DANS LES MALADIES AUTRES QUE CELLES DU SYSTÈME NERVEUX

Les troubles mentaux que l'on peut observer à titre transitoire dans les diverses maladies se réduisent ordinairement à du délire accompagné de fièvre. Celui-ci est généralement de courte durée, son développement est dû le plus souvent à une prédisposition particulière. Il y a des individus qui délirent à propos de la moindre maladie. Ce fait s'observe surtout chez les enfants.

Dans la convalescence de la fièvre typhoïde, des troubles intellectuels peuvent se manifester; ils se montrent alors comme une forme transitoire d'aliénation qui ne tarde pas à disparaître au fur et à mesure que l'individu reprend des forces.

Pendant la première période des fièvres exanthématiques, comme la rougeole, la scarlatine, le début de la variole chez les sujets jeunes et très nerveux, on peut observer un délire éphémère (BALL et RITTI) (2).

Dans ces délires, les actes sont moins désordonnés que les paroles ; généralement le malade reste tranquille dans

(1) *Loc. cit.*, p. 148.

(2) Article *Délire* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

son lit, et s'il se lève il n'oppose qu'une faible résistance quand on veut le forcer à se recoucher.

Ces délires éphémères se produisent dans les maladies où le cerveau et les méninges ne sont pas directement affectés ; dans le cas où la maladie porte directement son action sur les centres encéphaliques, comme le rhumatisme, les accidents sont au contraire plus intenses et de plus longue durée.

Beaucoup de ces délires sont dûs à des auto-intoxications. On peut consulter à ce sujet le rapport de MM. Régis et Chevalier-Lavaure sur les auto-intoxications dans les maladies mentales, présenté au Congrès de La Rochelle.

L'année dernière, au Congrès de Toulouse, dans une communication sur les troubles psychiques dans l'impaludisme, MM Boinet et Rey ont signalé des délires passagers liés à l'accès ou à l'exacerbation fébrile palustre et disparaissant souvent avec eux.

Mingazzini (1) a rapporté un cas de psychose transitoire à la suite de l'influenza.

Dans les stades finaux de la phtisie pulmonaire un délire peut se produire, comme d'ailleurs chez les autres épuisés, les agonisants. Ici le délire, d'après Krafft-Ebing (2), a ordinairement un caractère mussitant et consiste surtout en conceptions et illusions des sens d'une nature gaie ; cependant les illusions terrifiantes et amenant une réaction défensive, peuvent aussi exister. C'est à des troubles dans la nutrition du cerveau, par suite du changement dans la qualité du sang, qu'il faut attribuer ce délire.

On peut en rapprocher les délires souvent transitoires de la convalescence et de l'inanition.

Un froid intense peut produire la folie subite et passagère. Ellis raconte l'histoire d'un jeune homme qui fut atteint subitement de troubles mentaux passagers en sortant d'un bain froid. Dans la retraite de Russie, nombre de soldats ont présenté des troubles mentaux. Holsbeek (3)

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine de Rome*, anno IX, fasc. III.
(2) *Loc. cit.*, p. 221.
(3) *Loc. cit.*, p. 9.

cite le cas d'un ouvrier qui fut pris d'un égarement momentané à la suite d'une exposition prolongée à un froid violent.

L'action de la grande chaleur, de l'insolation n'est pas moins puissante que celle du froid excessif. La *calenture* (1) n'est autre chose qu'une folie instantanée et transitoire ayant cette origine.

A côté de l'état transitoire d'aliénation mentale par inanition, il faut noter les troubles intellectuels imputables à la faim. FOLET de Lille en a rapporté des exemples.

La syphilis, en dehors des maladies inflammatoires du cerveau et des méninges, en dehors des psychoses durables qu'elle peut produire, crée dans le cerveau une prédisposition en vertu de laquelle des causes insignifiantes (émotion, traumatisme, excès d'alcool) peuvent faire éclater des troubles mentaux. JOLLY et EMMINGHAUS (2) ont observé chez les syphilitiques des accès de folie transitoire furieuse à la suite de causes insignifiantes.

IX

TROUBLES MENTAUX LIÉS A DES TROUBLES DU SOMMEIL

1° *De l'aliénation mentale passagère produite par un état intermédiaire au sommeil et à la veille.* — HOFFBAUER (3) et MARC (4) ont beaucoup insisté sur ce sujet et distinguent le passage de la veille au sommeil et du sommeil à la veille.

« Le passage de l'état de veille à celui de sommeil, dit « MARC, est marqué chez certains individus, et dans cer- « taines circonstances, par une exaltation toute particulière « de l'imagination. Les idées tristes surtout s'y présentent

(1) Voy. article *Calenture* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

(2) ALLG : Psychopath., p. 355.

(3) HOFFBAUER : Médecine légale relative aux aliénés et aux sourds-muets.

(4) *Loc. cit.*, p. 658 et suiv.

« avec une vivacité importune ; elles combattent le besoin « de repos et dissipent l'assoupissement toutes les fois « qu'il se fait sentir. Les motifs qui pendant le jour n'oc- « casionnent que de légers chagrins ou des inquiétudes « fugitives, se retracent la nuit à l'esprit sous les couleurs « les plus sombres ; l'anxiété se joint nécessairement à « l'affection morale, qui peut durer quelque temps encore « après la cessation de toute envie de dormir ; et, si le « besoin de sommeil ne finit pas par l'emporter, elle con- « duit à des actes condamnables. Aussi cette terreur, cet « égarement, deviennent-ils souvent la cause efficiente de « suicides, qui, dans la situation ordinaire du corps et de « l'esprit, n'eussent pas été consommés. C'est principale- « ment à une semblable cause que j'ai cru devoir attri- « buer avec beaucoup de vraisemblance le suicide, quoi « qu'on ait dit, bien positif du prince de Condé ».

Cependant MARC déclare qu'il n'est pas arrivé à sa connaissance que des actes déraisonnables, autres que le suicide, aient été commis dans cet état.

Dans le passage du sommeil au réveil, l'état mental est très variable et dépend, dit MARC, « non seulement des « sensations intérieures pendant le sommeil, mais encore « de la nature des impressions extérieures qui, au moment « du réveil, frappent nos sens ; et comme dans ce moment « d'ivresse, car c'en est une, l'association de nos idées est « nulle ou bien vicieuse, parce que nos perceptions sont « confuses ou fausses, il peut arriver que la situation intel- « lectuelle qui en résulte nous conduise à des actes répré- « hensibles, mais dont l'exécution ne saurait entraîner « aucune imputabilité. »

2° *Rêves prolongés.* (1). — « On a signalé, dit BALL (2), chez « certains sujets une véritable invasion des rêves dans la « vie normale, une sorte de fusion de l'état de sommeil « et de l'état de veille qui trouble complètement les opéra- « tions de l'esprit et constitue un véritable délire ; il est,

(1) Voy. CHASLIN : Du rôle du rêve dans l'évolution du délire. Thèse de Paris, 1887.

(2) *Loc. cit.*, p. 140 et suiv.

« en effet, des malades dont la seule erreur consiste à « prendre pour des réalités les illusions fantastiques qui « ont assiégé leur chevet et les discours qui ont bercé leur « oreille endormie.

« Certes on ne saurait méconnaître la portée de ces faits « vraiment étranges ; mais qui ne voit que des cerveaux « déjà malades peuvent seuls se prêter à une aussi singu- « lière perversion de toutes les règles physiologiques ? Et « si, comme on l'a dit, la folie a paru quelquefois éclater « au sortir d'un rêve, c'est que le rêve lui-même n'était « que le premier symptôme d'un état morbide depuis long- « temps préparé. »

Ball rapporte une curieuse observation d'un rêve prolongé qui avait laissé, dans la mémoire d'un individu, des traces assez durables pour influer sur ses idées et sa conduite à l'état de veille. Il avait rêvé qu'il avait tué un journaliste connu et pendant plusieurs jours il conserva la conviction qu'il avait bien réellement commis ce meurtre.

3° *Somnambulisme.* — On conçoit que je ne puis aborder ici d'une façon incidente la grosse question du somnambulisme au point de vue médico-légal. C'est là un sujet qui mériterait une étude spéciale et approfondie.

X

DE L'ÉGAREMENT MOMENTANÉ

Hoffbauer (1) définit l'égarement momentané, « l'état « dans lequel un homme est incapable d'appliquer convena- « blement son intelligence à ses actions présentes, bien « entendu toutefois que cet état n'est que passager, et qu'il « ne détruit pas entièrement la conscience de soi-même. »

Ce sujet, comme le fait justement remarquer Marc (2), rentre dans le cadre des passions, et c'est bien à son occasion que l'on pourrait poser l'insoluble question :

Où finit la raison, où commence la folie ?

(1) *Loc. cit.*, p. 259.
(2) *Loc. cit.*, p. 669.

L'ALIÉNATION MENTALE TRANSITOIRE ENVISAGÉE AU POINT DE VUE DE LA PRATIQUE MÉDICO-LÉGALE

Telles sont, réduites aux plus essentielles, les différentes opinions émises sur les états d'aliénation mentale transitoire. Dans cette revue des travaux publiés sur la matière, je suis resté volontairement incomplet, ayant le dessein non d'écrire un traité, mais d'établir de simples têtes de chapitres.

Il me reste maintenant à envisager la question au point de vue de la pratique médico-légale. Sur ce point je serai très bref, mon rapport dépassant déjà les limites restreintes que j'avais cru pouvoir lui assigner primitivement.

Tout d'abord, il convient de serrer la question d'un peu plus près. Marc, comme on l'a vu, englobe sous le titre de folie transitoire *les accès de folie qui offrent des intervalles lucides, des intermittences régulières ou irrégulières.* Je ne suivrai pas son exemple et j'élimine d'emblée tous les cas dans lesquels l'individu, soumis à l'expertise médicale, a été atteint antérieurement d'un ou de plusieurs accès d'aliénation mentale. Ces faits sont d'un autre ordre, ils appartiennent à la catégorie des *folies intermittentes, périodiques, des délires par accès ;* leur étude nous entraînerait beaucoup trop loin, il faudrait aborder la question des *intervalles lucides*, question complexe qui ne rentre pas dans notre cadre et qui mériterait de faire l'objet d'un rapport spécial.

J'avais déjà éliminé les troubles mentaux à début brusque, mais à évolution durable. La question se trouve donc parfaitement limitée à l'*accès transitoire d'aliénation mentale.*

L'aliénation mentale, d'une façon générale, peut donner lieu à expertise au double point de vue du *droit criminel* et du *droit civil,* mais les troubles mentaux transitoires, eux, ne sont guère de nature à devenir le point de départ d'une action civile telle, par exemple, que la contestation d'un

testament ; ces troubles mentaux, en effet, semblent acquérir en intensité ce qui leur manque en durée, en sorte qu'ils se traduisent presque uniformément par des actes violents (homicide, coups et blessures, etc.).

Voilà donc le médecin expert en présence d'un individu inculpé de violences envers les personnes. Si par un exceptionnel et heureux hasard, la crise d'aliénation, qui va n'être que passagère, n'a pas encore pris fin, le problème à résoudre est relativement simple ; il consiste à reconnaître si les troubles mentaux sont réels ou simulés, c'est-à-dire, dans le cas particulier, s'ils présentent bien les caractères d'une des formes transitoires de l'aliénation mentale ou s'ils n'en ont, au contraire, que l'apparence, que le masque.

Dans l'immense majorité des cas, au moment de l'examen, le trouble mental qui a donné lieu à l'acte incriminé a disparu et sa constatation directe, par conséquent, n'est plus possible. L'expert alors n'est plus un témoin ; il peut encore cependant par un examen et un interrogatoire minutieux, par une enquête rétrospective bien conduite, arriver à se faire une conviction et éclairer la justice qui a fait appel à ses lumières.

Les règles de l'expertise n'ont en somme ici rien d'absolument spécial ; elles se réduisent comme toujours, en matière d'aliénation mentale, à envisager parallèlement :

1° L'acte incriminé examiné dans les circonstances qui l'ont précédé, accompagné et suivi ;

2° L'inculpé étudié dans son état présent, dans ses antécédents personnels, dans ses antécédents de famille.

Je vais passer brièvement en revue ces divers points :

1° Étude de l'acte incriminé. — Souvent c'est l'absurdité même de l'acte incriminé qui motive l'expertise : l'inculpé par exemple a frappé sans raison, sans mobile, etc. Parfois l'acte présente des caractères tellement spéciaux qu'il suffit pour mettre sur la voie du diagnostic, telle l'impulsion épileptique qui porte pour ainsi dire la signature de son auteur.

Les circonstances qui ont suivi l'acte ont quelquefois une grande signification : nul souci de fuir de la part de l'inculpé, état d'hébétude, sommeil, torpeur, etc.

Enfin les circonstances qui ont précédé l'acte revêtent ici une particulière importance. Il faut rechercher si l'inculpé n'a pas été atteint dans son cerveau par une de ces influences puissantes (poisons, alcool, émotions, fièvres, insolation, froid) qui, nous l'avons vu, constituent autant de conditions étiologiques favorables à l'explosion de la folie transitoire.

Pour s'édifier sur les caractères et circonstances de l'acte, l'expert aura recours aux pièces de l'information, à l'interrogatoire des témoins, à celui de la victime si elle est en état de s'expliquer, en un mot il s'entourera de tous les renseignements capables d'éclairer son jugement.

2° EXAMEN DE L'INCULPÉ. — Il peut révéler, à défaut de troubles mentaux caractérisés, quelques vestiges de ces troubles, par exemple une légère obnubilation intellectuelle. On peut constater de la débilité mentale, des stigmates physiques de dégénérescence, des stigmates permanents d'hystérie, des cicatrices de la tête et de la langue résultant de blessures ou de morsures au cours d'un accès comitial, du tremblement des mains et de la langue de nature à faire penser à une intoxication alcoolique, une maladie des centres nerveux ou des nerfs, d'autres maladies telles que la syphilis, etc., etc.; en un mot reconnaître que l'inculpé constituait un terrain favorable pour l'éclosion d'un accès de folie.

En étudiant minutieusement l'existence entière de l'inculpé depuis sa naissance, au moyen des renseignements fournis, et par lui-même et par sa famille, on arrivera souvent à se convaincre qu'on se trouve en présence d'un individu atteint d'épilepsie (épilepsie méconnue ou épilepsie larvée), d'un neurasthénique, d'un de ces dégénérés dont l'insuffisance cérébrale éclate plus dans la conduite que dans les opérations intellectuelles, d'un de ces déséquilibrés qui, avant de faire un court voyage sur le territoire de la folie, en a longtemps côtoyé les frontières.

Enfin, l'examen des parents, les renseignements recueillis sur eux, apprendront souvent que l'inculpé se trouvait héréditairement prédisposé à l'aliénation mentale.

QUE FAUT-IL PENSER DE LA FOLIE TRANSITOIRE ?

J'aborde maintenant un dernier point qui me paraît être le véritable nœud de la question :

Existe-t-il des cas dans lesquels ni l'examen ni les commémoratifs ne révèlent rien d'anormal chez l'inculpé ou dans sa famille ? La presque unanimité des auteurs français répond *non* et Régis (1) résumant pour ainsi dire leur opinion, s'exprime ainsi : « L'expert doit se souvenir « expressément que les faits de folie soudaine et transitoire « s'observent rarement, pour ne pas dire jamais, mais que « ces faits sont en général l'indice ou le résultat d'une « prédisposition héréditaire ignorée, de vertiges mé- « connus, etc. »

Pour ma part, dans une pratique médico-légale qui date déjà de dix ans, parmi une quantité respectable de faits soumis à mon examen, je n'en ai rencontré, en dehors de l'épilepsie, qu'un très petit nombre méritant d'être qualifiés *d'état d'aliénation mentale transitoire*. Tous, sans exception, relevaient manifestement soit d'un état de dégénérescence mentale, soit surtout de l'intoxication alcoolique.

En Allemagne, on se fait généralement de la folie transitoire, et des conditions dans lesquelles elle apparaît, une idée différente de celle qui a cours en France. Krafft-Ebing, à côté de la folie transitoire causée par une névrose ou une maladie cérébrale, décrit une manie ou un délire transitoire « qui survient chez des individus *sains avant et après l'accès*, qui se reproduit rarement ». Schwarzer et Kraeplin n'admettent pas la prédisposition héréditaire ; pour eux le délire transitoire survient brusquement chez les individus *jouissant jusqu'alors d'une santé parfaite*.

On admet donc en Allemagne qu'une forme au moins d'aliénation mentale transitoire peut survenir en dehors de

(1) Régis : *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e éd., p. 707.

toute prédisposition héréditaire et chez des individus parfaitement normaux. On conçoit l'importance de pareilles données au point de vue médico-légal.

Je ne voudrais pas heurter de front une opinion émise par des hommes aussi considérables que ceux dont je viens de citer les noms ; il est cependant des objections que je ne puis m'empêcher de mettre en avant.

Pour les auteurs allemands, la folie transitoire est liée à des états congestifs du cerveau. Krafft-Ebing, nous l'avons vu, insiste beaucoup sur ce fait : « L'ensemble des phéno- « mènes peut, dit-il, anatomiquement, se ramener à un « processus hypérémiant intense, mais transitoire, dans « l'écorce cérébrale ». Or, quels sont les individus chez lesquels on observe le plus communément des états congestifs transitoires du cerveau ? C'est précisément les aliénés dits héréditaires, raisonnants de toutes sortes, périodiques, intermittents ; il est bien étrange que la folie transitoire qui reconnaît pour base anatomique un état congestif du cerveau se développe précisément chez des individus indemnes d'antécédents héréditaires.

D'un autre côté, rien ne ressemble à un accès de folie transitoire comme un accès de folie périodique. La folie périodique reconnaissant plus que toute autre l'hérédité comme cause, la folie transitoire devrait également s'observer chez les héréditaires. Ce second argument n'est pas sans réplique, je le reconnais. On peut me répondre, en effet, que si l'accès transitoire et l'accès périodique se ressemblent, ils sont cependant d'une nature très différente puisque le premier, à l'encontre du second, disparaît pour ne plus revenir.

Au paragraphe *Manie*, nous avons vu que certains auteurs considèrent la manie transitoire comme une manie ordinaire à évolution exceptionnellement rapide ; d'autres au contraire, comme Krafft-Ebing, en font un type morbide spécial. Il faut avouer que, quand on lit la description du professeur de Vienne, on songe malgré soi à l'épilepsie. Comme il ressemble à un comitial ce malade qui, à la fin d'une crise qui a duré au maximum quelques heures, « tombe dans un profond sommeil dont il se réveille par-

« faitement lucide quelques heures plus tard, n'ayant « gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé ! »

Aussi, malgré la grande et légitime autorité de KRAFFT-EBING et d'autres savants allemands : SCHWARZEN, KRAEPLIN, MENDEL, si j'admets sans réserve l'aliénation mentale transitoire symptomatique de divers états morbides, je ne puis me défendre d'un doute à l'égard de la folie transitoire idiopathique. Ce doute je le traduis par les questions suivantes qui me serviront de conclusions :

1° Existe-t-il une folie transitoire se développant chez des individus parfaitement sains, en dehors de toute prédisposition héréditaire, en l'absence de tout état pathologique antérieur tel que l'épilepsie, l'intoxication alcoolique, etc. ?

2° Si oui, quels sont les caractères de cette folie transitoire ?

3° Quelles sont ses conditions pathogéniques ou tout au moins ses causes déterminantes ?

M. CHARPENTIER

Ce qui a le plus captivé mon attention dans l'intéressant rapport de M. Vallon c'est l'originalité déployée dans sa manière de conclure sous forme de questions posées.

« Il n'a rencontré en dehors de l'épilepsie qu'un très petit nombre d'états d'aliénation mentale transitoire ; ceux-ci sans exception relevaient manifestement soit de l'épilepsie, soit d'un état de dégénérescence mentale, soit surtout de l'intoxication alcoolique. »

Toutefois, fidèle à son esprit de probité scientifique, il énumère, avec citations à l'appui, les cas de folie transitoire ressortissant à d'autres états morbides, sans se prononcer ni pour ni contre. Une telle réserve est très respectable, mais il ne paraît pas cependant en avoir tenu compte dans la phrase que nous avons empruntée textuellement à son dernier chapitre.

C'est dans ce même chapitre qu'il pose, à titre de conclusion, la question suivante : Quels sont les caractères de la folie transitoire en dehors du délire transitoire qu'il a décrits? Pourquoi M. Vallon est-il plus exigeant pour les cas de délire transitoire qu'il n'admet pas que pour ceux qu'il admet? pourquoi demander à ceux-là des caractères spéciaux qu'il n'a pas pu donner aux siens?

Que les délires qu'il a nommés transitoires présentent des caractères empruntés à l'épilepsie, à la dégénérescence mentale ou à l'intoxication alcoolique, ce sont dans ces cas des caractères empruntés à l'étiologie, mais non des caractères spéciaux au délire transitoire ; s'il existe d'autres délires transitoires que les siens, ce n'est pas une raison pour que ceux-ci reconnaissent des caractères plus spéciaux; si même des délires transitoires peuvent ne reconnaître aucune cause appréciable, on ne peut exiger d'eux de présenter des caractères empruntés à une cause que l'on ne connaît pas; les délires transitoires pour être constitués n'ont besoin que d'un caractère, c'est celui d'être transitoires, c'est-à-dire à évolution rapide et brève ; si à ce caractère on peut en ajouter d'autres, tant mieux, mais si on ne le peut pas, ils n'en méritent pas moins l'épithète de transitoires.

Quel nom donnera-t-il à ces délires plus ou moins éphémères, mais en tous cas brefs qu'il a fidèlement et succinctement décrits dans ses chapitres sur la vésanie, sur les troubles de la sphère émotive, sur ceux de la puerpéralité, sur ceux des intoxications autres que l'alcoolisme, sur ceux liés aux lésions en foyer, ou à d'autres maladies que celles du système nerveux, sur ceux dus aux troubles du sommeil, du somnambulisme ou à l'égarement passager?

Je frémis à la pensée de voir un individu non entaché d'épilepsie, de dégénérescence mentale ou héréditaire, ni d'intoxication, être capable néanmoins de délirer, et commettre un délit pendant ce délire, être par suite condamné à cause de l'absence des antécédents que je viens de citer.

Je n'insiste que sur deux chapitres : le chapitre II qui résume si bien d'après Krafft-Ebing les troubles transitoires

de la sphère émotive et le trop court chapitre X sur l'égarement momentané de Hoffbrauer; c'est à propos de ce dernier chapitre que M. Vallon fait observer avec raison que l'on pourrait poser l'insoluble question : où finit la raison, où commence la folie?

Et c'est pour cette raison de l'insolubilité de la question invoquée par M. Vallon que je désire ne pas voir restreindre la notion de délire transitoire comme il le fait, et que je désire au contraire la voir s'élever au delà et y comprendre les délires transitoires des émotions et de toutes les passions quelle que soit la nature bonne ou mauvaise de ces passions et émotions. Que faire de ces délires? les nier? mais ils existent; exiger d'eux qu'ils présentent des caractères spéciaux? mais s'ils n'en ont pas, si surtout nous ne les connaissons pas? Pour moi tout délire transitoire avec ou sans cause reste du délire transitoire. M. Vallon a tourné habilement la difficulté soulevée par les délires transitoires liés aux émotions ou aux émotives, en faisant de celles-ci autant de signes soit de dégénérescence mentale ou de dégénérescence héréditaire, soit d'intoxication alcoolique, soit d'épilepsie.

Mais de ce que les émotions et passions se rencontrent dans de tels états morbides, cela ne permet pas de conclure qu'il n'y a que ces états qui les présentent; et ici se pose encore une question aussi insoluble que la précédente : où finit la santé, où commence la maladie? d'ailleurs il faudrait établir que les gens non dégénérés, non malades, n'ont ni émotions, ni passions, ce qui est encore à démontrer.

On parle d'émotions pathologiques, de passions morbides; nous sommes loin de nier leur existence, mais si ces troubles portent de pareilles épithètes, cela paraît prouver qu'il y en a qui ne sont ni morbides ni pathologiques; il n'a jamais été dit que le propre des émotions pathologiques était de faire délirer, ni non plus que le propre des émotions non pathologiques était de ne pas faire délirer; d'ailleurs dans toute émotion, dans toute passion, il y a probablement un trouble de l'organe cérébral qui conditionne ou exprime cette émotion, peu importe

que celle-ci soit pathologique ou non ; je ne vois pas pourquoi le même trouble de l'organe cérébral ne pourrait pas s'accentuer au point de produire un délire transitoire.

Si donc une émotion, une passion, peut produire un délire transitoire, comme il n'est pas toujours possible de démontrer la nature pathologique de cette émotion, comme nous ne pouvons même pas établir le mécanisme de production du délire par l'émotion, il est prudent de se borner à dire que le délire dans ces conditions est transitoire, et si l'individu qui manifeste ce délire a commis pendant ce délire un acte délictueux, il doit être considéré comme échappant à l'application de notre loi actuelle sur l'irresponsabilité.

Un dernier mot pour ma défense personnelle, parce que après ce que je viens de dire je pourrais paraître en contradiction avec moi-même ; en effet, la plupart de mes communications ont eu pour but principal de tenter de placer dans nos asiles d'aliénés une série de fous que je voudrais voir placer ailleurs ; aujourd'hui, je pourrais paraître en élargissant la notion de délire transitoire faciliter à ces mêmes individus les moyens d'échapper à l'action de la justice ; il est certain qu'admettre un tel délire aussi large que je le propose, c'est rendre plus difficile au médecin expert la recherche des moyens de présomption tirés surtout, comme l'a dit M. Vallon, de la vie du sujet, de son évolution avant l'apparition du délire transitoire, de ses antécédents héréditaires ou épileptiques. Je dois reconnaître que ce n'est pas à ces individus que j'ai songé dans ma communication, j'étais surtout préoccupé du sort que pouvait courir un individu non héréditaire, non dégénéré, non alcoolique, non épileptique, bref n'étant entaché d'aucun des états morbides décrits par M. Vallon dans ses dix chapitres. Que deviendrait dans les données de M. Vallon un tel individu qui délirerait subitement sans cause connue ou appréciable ?

Je ne vois pas pourquoi le fait seul de ne pas pouvoir trouver la cause de son délire suffirait pour faire que ce délire transitoire n'en soit pas un. Veuillez me permettre,

Messieurs, de me résumer dans les conclusions suivantes :

1° A côté des délires transitoires admis par M. Vallon et à côté des autres délires transitoires il y a lieu d'admettre l'existence de délires transitoires sans cause connue, ce qui ne veut pas dire que ces délires n'ont pas de cause.

2° Toute émotion, toute passion, peut produire un délire transitoire même en dehors de la dégénérescence mentale ou héréditaire, de l'épilepsie, des intoxications et de tout traumatisme ou maladie appréciable.

3° Les délires transitoires quels qu'ils soient n'ont pas de caractères spécifiques en dehors de ceux empruntés à leur étiologie quand il y en a une et en dehors du fait d'être transitoires comme l'indique leur nom.

4° Si un individu a commis un délit sous l'influence d'un délire transitoire quelle que soit la cause de ce délire et alors même qu'il n'y a pas de causes pour expliquer ce délire, cet individu échappe à l'application de la loi qui nous régit actuellement en matière de responsabilité criminelle ; il est irresponsable.

M. BALLET (de Paris). — J'ai moi-même examiné un homme dont l'histoire vient à l'appui de l'opinion de M. Motet. Celui-ci étrangla sa maîtresse dans des circonstances absolument inexplicables. Je crus que cet homme était un épileptique, mais je ne persistai pas dans ce diagnostic, car le souvenir du crime était resté gravé dans sa mémoire. L'enquête me fit apprendre que cet homme avait fait précédemment deux tentatives de suicide ; ceci, joint à d'autres faits, me fit penser que, chez lui, il y avait un fond de dépression mentale habituelle, et, sur ce fond, survenaient des poussées impulsives.

Dr G. LALANNE (de Le Bouscat, Gironde). — Je vous demande la permission de citer quelques cas de délire transitoire que j'ai eu l'occasion d'observer et de vous indiquer dans quel sens j'entends les interpréter.

Les délires transitoires peuvent se manifester dans une

foule de circonstances, et la question ne se présente pas sous le même aspect, qu'on l'examine au point de vue clinique ou au point de vue médico-légal. Si nous nous en tenons au terme même du rapport, à rechercher « les états passagers d'aliénation mentale qui sont de nature à donner lieu à une expertise médico-légale », nous voyons que ces délires peuvent se réduire à un petit nombre, et pour ma part, je les limite à :

1° Ceux qui sont sous la dépendance d'un état congestif, comprenant eux-mêmes les troubles transitoires de la sphère émotive;

2° Ceux qui sont sous la dépendance d'une intoxication : alcoolisme, puerpéralité ;

3° Ceux qui sont liés à une névrose : épilepsie, hystérie.

Les délires transitoires d'origine congestive, sont décrits par Krafft Ebing et plus tard par Schwartzer, occasionnés toujours par un état d'hypérhémie cérébrale. J'y rattache les délires transitoires de la sphère émotive, dont le premier terme pourrait être ce que vos maîtres MM. Pitres et Régis ont appelé l'érythrophobie ou la crainte de la rougeur émotive, et qui est étroitement lié à une modification vaso-motrice, sous la dépendance d'un trouble psychique émotif. Je vais montrer par un exemple que j'ai eu l'occasion d'observer, l'importance des délires transitoires d'origine congestive.

On me conduisit un jour un homme âgé de soixante-quatre ans, qui n'avait jamais présenté de troubles psychiques, et n'avait jamais eu d'aliénation mentale. Il avait toujours été très normal, ayant gagné honnêtement et intelligemment une certaine fortune. N'ayant pas d'enfants, il avait adopté une nièce, pour laquelle il avait beaucoup d'affection. Un jour, il rentre chez lui paraissant en proie à une grande surexcitation, disant des choses un peu incohérentes et aussitôt, il cherche un grand coutelas et un oreiller sur lequel il voulait mettre la tête de sa nièce pour la trancher. On mande de suite son médecin qui décide d'interner le malade. Lorsque le malade arrive, il présente de l'inégalité de dilatation pupillaire, un léger tremblement de la langue, un délire absurde et incohérent, dans lequel

dominent quelques idées de grandeur. Il se dit par exemple l'amiral Avellane. Il est complètement inconscient, ne sachant où il se trouve, tenant des conversations sans suite avec des déments.

Deux jours après, le médecin délégué du Préfet vient le visiter, et au moment où je lui montre le malade, ce dernier est absolument lucide, ne présentant plus aucun trouble psychique. Que s'était-il passé? Ce malade avait eu un jour, celui où on me l'avait conduit, un violent accès de colère, à la suite duquel il était rentré chez lui dans les dispositions que j'ai indiquées plus haut. Il avait un tempérament hémophile, il avait eu quelque temps auparavant des épistaxis qui avaient mis ses jours en danger. Je le décidai à rester quelques jours à la maison pour lui permettre de se reposer, ce que lui-même d'ailleurs m'avait demandé, mais il mourut d'une hémorrhagie intestinale cinq ou six jours après. Ce malade avait un vague souvenir de ce qui s'était passé, et il entrevoyait comme dans un rêve l'horrible attentat auquel il avait failli se livrer. Evidemment, nous sommes en présence d'un cas de délire transitoire d'origine congestive. La deuxième observation, est celle d'un homme de soixante-trois ans, qui partit un beau jour du département du Lot qu'il habitait pour se rendre chez son fils habitant Bordeaux chez lequel se trouvaient en ce moment sa femme et sa fille. Il arriva au milieu de la nuit, faisant grand vacarme dans la rue, réveillant les voisins, accusant sa femme et sa fille de se concerter pour amener sa ruine, de le tenir à l'écart de tous leurs actes, et enfin son fils d'entretenir avec sa mère des relations incestueuses. Réveillé par le bruit, sa famille le trouve à la porte très excité, réclamant sa femme pour la tuer. C'est dans ces dispositions que le malade fut conduit au commissariat de police où un médecin fut mandé en toute hâte. Ce dernier trouva le malade dans un état de surexcitation manifeste, sous la dépendance probable, pensa-t-il, de l'alcoolisme. Conduit à la maison de santé quelques heures après, le malade ne présenta aucun trouble mental et je fus obligé de prier le Procureur de la République de vouloir bien ordonner une enquête dans le pays

du malade, et de m'autoriser à le mettre en liberté l'enquête ayant été favorable. Bien que les renseignements aient présenté le malade comme très sobre, je suis tenté néanmoins de le considérer comme un alcoolique subaigu.

Ces malades ne se présentent pas toujours comme persécuteurs, mais le plus souvent ce sont des persécutés avec idées de suicide ; en voici un exemple. Un individu sort de chez lui, et une fois dans la rue, se croyant poursuivi par la police, il se précipite sous les roues d'un tramway. Conduit à la maison de santé, il guérit après trois jours. Ici, il s'agit évidemment d'alcoolisme subaigu, et le début brusque de l'affection, la rapidité de l'évolution, la rapide terminaison et surtout les habitudes du malade, ne laissent aucun doute sur le diagnostic.

J'ai placé les délires transitoires de la grossesse parmi les délires toxiques, parce que j'ai eu l'occasion de constater des phénomènes d'intoxication dans les étranges manifestations nerveuses de l'état gravidique et qu'il me paraît difficile d'en séparer les troubles mentaux.

Les délires transitoires des épileptiques, forment un des chapitres les plus intéressants et les plus importants de la question. L'observation que je veux citer, est celle d'un jeune homme âgé aujourd'hui de trente-trois ans, et qui me fut conduit en 1893.

Je ne connais pas ses antécédents héréditaires. Son père et sa mère, très âgés, vivent encore et se portent bien, mais une de ses sœurs a eue de la paralysie infantile et il y a trois ans, elle a fait un accès de mélancolie dont elle est complètement guérie. Mon malade, lorsqu'il était jeune, urinait dans son lit ; vers l'âge de quinze ans, il a eu une fièvre cérébrale grave ; depuis, il a exhibé une fois ses organes génitaux devant des femmes sans en garder le moindre souvenir. Il présente des signes physiques de dégénérescence, malformation de l'oreille, adhérence du lobule, absence d'authélix, hélix très réduit, déformations crâniennes. Malgré cela, c'est un garçon fort intelligent, qui avait commencé à préparer sa licence mathématique et qui a dû interrompre ses études devant les progrès de la maladie.

Je ne puis mieux caractériser son état mental qu'en disant qu'il passe par deux états bien opposés : l'un pendant lequel il est absolument lucide, avec la plénitude de son intelligence et de ses facultés, l'autre pendant lequel il se trouve dans un rêve. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant, et qui me fait rattacher son délire aux délires transitoires, c'est qu'il passe brusquement d'un état dans l'autre. Ainsi, un soir je le rencontre à la porte de sa chambre et en me serrant la main, il me dit : « Je vais beaucoup mieux et je crois qu'après quelques jours de repos je pourrai rentrer chez moi. » Il fait un pas de plus, s'assied sur son lit. On l'invite à se coucher et il refuse en disant : « C'est inutile, on a commis un assassinat dans le pays et les gendarmes vont venir m'arrêter. » Quelquefois, il se croit mort, et il chante un air d'enterrement, refusant de manger et de recevoir des visites, puisqu'il est mort. Une autre fois, il se lève brusquement au milieu du repas, et casse une bouteille sur la tête de son voisin de table auquel il aurait entendu dire qu'il voulait subir le martyre. Le délire est extrêmement variable, et ressemble tantôt à un cauchemar, tantôt à un rêve. « Il parle constamment, mais ne peut pas fixer les idées qui se présentent à son esprit, comme dans un kaleïdoscope. Il voit son père, mais il ne lui parle pas et il ne l'entend pas. On lui envoie les enfers dont il se défend il ne sait par quel moyen. » Voici un fragment des discours qu'il tient : « Mon frère qui est prêtre serait mieux ici. Il a été professeur de huitième, il pourrait me remplacer ici ; c'est pour quelqu'un qui a des pensées de prière ; je le vois. Les vieux prêtres du diocèse paient la pension des fous. Le vicaire fait des confessions, croit que son oncle a été tué très âgé et qu'il a dû souffrir, etc. » Je me borne à cela, pour ne pas abuser de vos instants, mais je crois qu'il y a encore chez ce malade des phénomènes congestifs. Et en effet, lorsqu'il parle de sa famille qu'il croit le tenir enfermé inutilement, il a un moment d'irritâtion à la suite duquel il repart dans son délire. Dernièrement, pendant une visite du Procureur de la République, après avoir commencé à l'entretenir d'une façon très normale, lorsqu'il se mit à parler de sa famille,

il acheva dans le délire une phrase commencée dans la raison.

M. RÉGIS (de Bordeaux). — M. Vallon a traité la question bien plus au point de vue nosologique qu'au point de vue médico-légal. Il s'est essentiellement attaché à démontrer que les délires transitoires n'existaient pas en tant qu'états pathologiques distincts et qu'ils se rattachaient toujours à un état pathologique antérieur.

Mais, symptomatiques ou non, il n'en existe pas moins des troubles psychiques transitoires, c'est-à-dire des troubles psychiques éphémères, précédés et suivis de l'état de raison, qui au point de vue médico-légal, sont très délicats à apprécier et à juger. Aussi, est-ce surtout au point de vue médico-légal qu'il est intéressant d'envisager la question.

M. VALLON répond aux précédents orateurs.

Les cas de délire transitoire sans cause connue sont presque introuvables. Un examen attentif permet toujours de relever les indices d'un état mental pathologique antérieur. Voici encore un exemple :

Il y a quelques jours, j'étais appelé à donner mon avis dans le cas suivant : une femme avait donné un coup de couteau à son mari ; avait-elle agi sous l'influence d'un délire transitoire ? Après examen, je pus répondre, en m'appuyant sur l'état pathologique antérieur : cette femme est une véritable dypsomane ; elle éprouvait des impulsions irrésistibles, et c'est sous l'influence d'une de celles-ci qu'elle a frappé son mari.

En résumé, je constate qu'on n'a pas apporté un seul fait de délire transitoire qui ne puisse se rattacher à un état pathologique antérieur.

M. MOTET (de Paris). — Je n'ai pas souvenance d'avoir vu d'exemple de délire transitoire ne se rattachant pas à un état pathologique antérieur. Une seule fois, j'ai cru en avoir rencontré un ; mais l'examen plus approfondi du malade me montra qu'il avait commis un acte passionnel.

En dehors de ces actes passionnels, je crois qu'il n'y a pas de délire transitoire ne se rattachant pas à un état pathologique antérieur. En voici un exemple : Un individu, dont le passé était irréprochable, fut surpris en train de voler ouvertement à un étalage, et soumis à mon examen. Je ne trouvais d'abord rien chez lui qui pût expliquer l'acte qui lui était reproché ; mais j'appris par la suite qu'il avait été atteint gravement par le paludisme au Tonkin, et que, depuis lors, il avait des accès impulsifs ; c'est sous cette influence qu'il avait commis le vol qui l'avait fait arrêter. J'ai fait la même constatation chez un individu, honorable jusqu'alors, et arrêté pour avoir rempli ostensiblement ses poches avec des objets pris à la devanture d'un magasin. A Mazas, il eut un accès fébrile caractéristique ; l'enquête démontra que, depuis qu'il était impaludé, il était sujet à des pertes de connaissance et à des excentricités.

KERAVAL (d'Armentières)

MESSIEURS,

Vous demandez des faits et vous avez raison. Aussi ne saurais-je passer sous silence l'observation suivante qui rentre dans la même catégorie que celle dont vient de nous entretenir notre vénéré président.

Cette observation est d'ores et déjà fixée dans l'histoire locale du pays sous le nom de « l'ATTENTAT DU LIBRAIRE DE DOUAI ».

Il s'agit de M. T*** homme de cinquante-huit ans, dont la vie est littéralement de notoriété publique dans cette ville. Fils d'un ouvrier, il possédait les qualités intellectuelles nécessaires pour se créer une situation en rapport avec ses efforts, secondés par des personnes qui s'intéressaient à lui. Il ne réussit cependant point à entrer dans la carrière qu'il avait choisie ; malgré ses succès scolaires, il échoua au moment même où il semblait qu'il dût réussir, ses explications à ce sujet sont contenues dans deux volumes publiés par lui et qui constituent ses *mémoires ;*

on y trouve la marque de son esprit toujours très préoccupé d'une foule de questions bien différentes de celles qui logiquement eussent dû le plus directement l'émouvoir.

Il fit donc autre chose, et nous ne tardons pas à le voir se livrer au commerce des livres. Ses affaires allèrent d'abord au mieux, jusqu'au jour où, probablement à la suite de la mort de sa femme, il manqua du ressort propre à l'organisation de son existence de façon à pourvoir à tout. S'occupant de plus en plus du dehors, certainement mal secondé par les siens, il tombait progressivement. La librairie ne produisant plus, il s'absentait, afin d'y remédier, ce qui n'améliorait pas sa condition, à raison du défaut de conduite d'une de ses filles.

A l'époque de sa prospérité, il avait prêté une quinzaine de mille francs à une personne qui en avait eu besoin. Le fils de celle-ci lui redevait, au moment de l'événement dont nous allons parler, à peine le dixième du prêt effectué, et encore, parce qu'il avait bien voulu s'en porter garant. De là des différends qui avaient abouti à une transaction finale. Ces tiraillements avaient surexcité M. T***.

Pendant ce temps, sa fille, qui s'était ruiné l'organisme par ses habitudes fâcheuses, mourait entre ses bras. « Ce fut, dit-il, pour lui, un coup terrible, inopiné, comme un effondrement. » Il prétend qu'entraîné par la haine que sa fille avait spécialement vouée à son débiteur, et en particulier à la femme de ce dernier (le père et la fille la rendaient responsable des atermoiements dans le remboursement du prêt), surexcité par le chagrin, obéissant aux dernières paroles de sa fille mourante « venge-moi », il a subitement décidé de priver le débiteur récalcitrant (?) de son épouse, sa protectrice, seule maîtresse de l'aisance dont il jouissait, parce qu'elle s'était mariée avec lui sous le régime de séparation des biens, contre toute équité (?) ; c'est toujours M. T*** qui parle.

Il s'arme donc d'un marteau, attend celle-ci à sa porte et, à l'instant où elle passe devant lui, il l'en assomme de deux coups. Puis il va se constituer prisonnier.

Tels sont les motifs pour lesquels quelques jours plus tard, on met T***, le libraire, en observation à l'asile. Il y arrive tout à fait calme, parlant haut de sa personnalité, de ses anomalies physiques, de l'activité de son intelligence, de ses opinions politiques et religieuses, de l'importance de ses *mémoires*, de son hérédité morbide, sa mère étant morte à l'asile des femmes. Il ajoute qu'il va étudier avec le plus grand soin l'organisation et

le traitement des aliénés d'Armentières, afin de renseigner la presse.

Tout bien examiné et vérifié, nous conclûmes à l'admission d'un *acte passionnel*. Nous dîmes en substance :

« Les raisonnements puérils de l'inculpé, relatifs à l'explica-« tion de la tentative d'assassinat, qui malheureusement eût « pu tourner au tragique, n'entament point, à notre avis, sa « parfaite intégrité cérébrale. Ce n'est pas un aliéné. Nous « l'avons suffisamment observé pour en décider ainsi.

« Le degré de son intelligence est prouvé par son existence « antérieure.

« Mais, d'autre part, chacun connaît son originalité remuante. « Ce n'est pas la première fois qu'un cerveau, doué comme le « sien, fait de la librairie, et avec succès, comme il en a su faire « au début. Ce n'est pas la première fois qu'une intelligence « comme la sienne s'adonne simultanément à la littérature, et à « la bonne littérature, tout en poursuivant une autre occupation « intérieure qui confine aux travaux de la pensée. Il est, par « contre, évident que T*** a manqué d'esprit de suite, de cohé-« sion, et que, s'il n'a pas abouti (je laisse de côté les malheurs « dont personne n'est exempt), c'est précisément à cause de « cette forme de son intelligence plutôt instable.

« Il est non moins avéré que sa mère est morte à l'asile des « femmes, en quelques mois, d'un accès de manie (1850).

« Insuffisamment pondéré, il a pu, faute d'une énergique déci-« sion, qu'il eût dû prendre à temps contre sa fille, subir à la « longue, l'influence pernicieuse de celle-ci, et arriver à une « interprétation erronée quant à son débiteur.

« Le chagrin qu'il a éprouvé en assistant au décès de son « enfant, et dans quel milieu ! celui, comme le révèle l'instruc-« tion, de la misère et de la malpropreté, a aggravé son erreur « de jugement.

« Au surplus, c'est un vieillard au sens strict du mot (arté-« rioscléreux *a capite ad calcem*) qui est en outre, affecté d'une « construction anormale du squelette ».

Les débats furent, paraît il, mouvementés. La Cour d'assises acquitta le prévenu. Il importe de dire ici que les plaies contuses simples de la victime avaient guéri et que la santé de cette dernière s'était promptement et complètement rétablie.

M. VALLON communique un rapport médico-légal dans le même ordre d'idées.

M. **REGNARD** pense que tout individu qui tue, par exemple, s'il n'est pas sous l'influence d'un délire transitoire, subit l'influence d'une tare héréditaire. Crime soi-disant passionnel ou crime ordinaire le résultat est le même; la cause aussi, à quelques degrés près,

Tout homme est responsable des dommages causés par son fait. C'est le Code pénal qui a le tort, ensuite, d'entrer dans des considérations métaphysiques sans réalité. Tout en admettant l'œuvre de la « démence » il ne livre pas moins le coupable à l'administration qui peut le garder sa vie durant; qui devrait le garder indéfiniment, dans le cas d'assassinat, quelle qu'en soit la cause, en dehors des cas de légitime défense.

M. **CHARPENTIER** n'a pas de faits à citer, mais en entendant M. Motet dire qu'il n'a jamais vu de cas de délire transitoire isolé, il ne peut s'empêcher de penser au magistrat de M. Anatole France affirmant que dans sa longue carrière il n'avait jamais connu d'erreur judiciaire.

M. **MOTET** rappelle le cas de Thouviot à l'appui des conclusions de M. Vallon qu'il approuve complètement. Il les résume dans la formule suivante acceptée par le Congrès : « Il n'y a pas de délire transitoire indépendant d'un état pathologique antérieur. »

La séance est levée à cinq heures et demie.

BANQUET PAR SOUSCRIPTION DU CONGRÈS

Après une journée des mieux remplies, MM. les Congressistes se sont réunis à sept heures pour le banquet offert dans la salle des Fêtes du Grand-Hôtel.

Quatre-vingts convives environ assistent à ce banquet que préside M. le Dr Motet.

A sa droite, se trouvent M. le Dr Regnard, inspecteur général de l'Assistance publique, délégué de M. le Ministre de l'Intérieur, M. Joxé, député, maire d'Angers, M. le Dr Ladame, de Genève, M. le Dr Petrucci, directeur de l'Asile de Sainte-Gemmes, secrétaire général du Congrès, M. le Dr Joffroy, de Paris. et à sa gauche M. Delpech, préfet de Maine-et-Loire, M. le Dr Legludic, directeur de l'École de Médecine d'Angers, M. le Dr Pierret de Lyon, MM. les Drs Meuriot, Brissaud et Ritti, de Paris, M. Gauvin, adjoint au Maire. Un certain nombre de dames aimables et charmantes prennent part également à cette fête.

Le menu du banquet, dessiné par M. Tessier, artiste-peintre à Angers, est une œuvre d'art. Il représente une femme, symbolisant la Ville d'Angers, couronnant Hippocrate, le dieu de la médecine. Derrière cette figure, l'Hôpital, l'Ecole de Médecine d'Angers et au-dessous, entrelacés dans une branche de laurier, des écrans sur lesquels se détachent les principales vues de la ville d'Angers.

A droite est inscrite la composition du menu.

MENU

2 août 1898.

CONSOMMÉ DE VOLAILLE PRINTANIER

POTAGE TORTUE

CANTALOUP

SAUMON DE LOIRE HOLLANDAISE

PINTADES BRAISÉES FARCIES DE FOIE GRAS

FILET DE BOEUF PORTUGAISE

LANGOUSTE A L'AMÉRICAINE
SORBETS AU MARASQUIN
TINAMOUS ROTIS
CHAUDFROID DE CANETONS
AGARICS (DE SAUMUR) A LA PROVENÇALE
ÉCREVISSES AU VALLET
MERINGUE SUISSE
GLACE CAPRICE

—

DESSERT

—

VINS : TISANE DE CHAMPAGNE COMME ORDINAIRE
SAINT-CYR 1893 (ANJOU)
FAYE 1870 (ANJOU)
VEUVE CLICQUOT

—

CAFÉ

Le repas est fort bien servi, aussi y fait-on le plus grand honneur, surtout à un vin exquis de Faye (1870).

L'heure des toasts arrive. **M. le Dr PETRUCCI**, prend le premier la parole en ces termes :

« Lorsque vous m'avez chargé d'organiser le neuvième Congrès de médecine mentale et de neurologie à Angers, j'ai été très flatté de cet honneur, plus encore pour notre belle cité et le département que pour moi-même.

« Je ne tardai pas à m'apercevoir que l'épine était sous la rose. Qui ne le sait, surtout en Anjou, au pays des fleurs ?

« Je tenais à faire une œuvre digne des précédents Congrès, digne de notre région, digne de vous, mes excellents confrères.

« En apparence, la tâche était des plus faciles. La ville d'Angers est riche en ressources ; elle est une des plus belles de l'Ouest, ses rues sont larges, spacieuses, ses maisons élégantes, propres, noyées dans la verdure par une couronne de boulevards.

« Elle est très hospitalière, gracieuse, aimable, avide de fêtes et de plaisirs, mais il faut bien le dire, quelquefois

réservée pour les étrangers. C'est une grande dame qui ne se donne pas à tout le monde, il faut savoir conquérir ses faveurs.

« Là était la difficulté, la seule à vaincre, les autres tombaient avec elle.

« Il me fallait donc trouver parmi nous, comme président de ce Congrès, non un conquérant irrésistible, car vous l'êtes tous, mais un compatriote connaissant déjà les mœurs et le caractère du pays, attaché au sol natal, ayant déjà des intelligences dans la place, sympathique à tous et dont le nom seul, comme un talisman fît ouvrir toutes les portes.

« C'est pour cette raison si puissante que je vous ai demandé le docteur Motet. Je ne veux point ici vous énumérer ses brillantes qualités, je craindrais de blesser sa modestie, qu'il me suffise de vous dire que c'est un charmeur qu'il a fallu arracher à tous.

« Oui, mes chers confrères, il m'a fallu l'arracher à vous-mêmes.

« Pour arriver à cette fin, il m'a fallu employer une méthode spéciale à la thérapeutique nerveuse, la fascination et la suggestion.

« Lors des fêtes inoubliables du centenaire de la Société de Médecine, notre président d'honneur avait laissé dans le cœur de tous, une impression des plus profondes, par le charme de sa parole, mais après avoir fasciné les autres, j'appris qu'il s'était oublié lui-même, le cœur très ému, devant une vieille fenêtre à balcon de la rue Saint-Aubin. Il avait reconnu la fenètre de sa chambre d'étudiant où il avait passé les premières heures de sa jeunesse, bercé dans une vie heureuse, partagée entre l'espérance et le travail.

« Avec un tel sujet, et sur un terrain si bien préparé, je vois ma cause gagnée et le congrès assuré.

« Je n'avais plus qu'à pratiquer la suggestion, à parler pour être obéi partout et immédiatement.

« A Toulouse, j'affirme que M. Motet acceptera la présidence de ce Congrès, j'en fais une condition *sine quâ non* de réussite. C'était de la suggestion par voie impérative

même par l'électricité; voyez si je suis dans le mouvement.

« J'adressai au Dr Motet, alors au Congrès de Médecine légale de Bruxelles, un télégramme l'informant qu'il venait d'être acclamé président de celui d'Angers.

« Je savais qu'une puissance impérieuse me l'amènerait, peut-être le désir irrésistible d'une nouvelle station à la fenêtre de la rue Saint-Aubin.

« Tout se passa ensuite comme je l'avais prévu, le Conseil général votait une subvention au Congrès, puis le Conseil municipal d'Angers, partout je n'avais qu'à dire : Sésame ouvre-toi, et c'était fait.

« Maintenant, mon cher Président, que j'ai divulgué vos faiblesses, que j'ai trahi les plus intimes pensées de votre cœur, il me reste à vous prier de me pardonner.

« Je suis sûr d'avance de votre indulgence et même de votre bienveillance, car vous êtes Angevin et vous ne sauriez manquer à la loi d'atavisme.

« Puis il m'a semblé que ce cas remarquable de puissance de suggestion impérative était digne d'être sablé comme il convenait au champagne d'un banquet de psychiatrie.

« Maintenant je salue le maître éminent qui vient présider vos travaux, l'académicien dont la science fait autorité, cette légion de savants qu'il mène derrière lui, comme les satellites d'un astre lumineux et dont les glorieux travaux vont enrichir la pathologie nerveuse, actuellement si en progrès.

« Je salue M. Joffroy, professeur de médecine mentale de la Faculté de Paris, MM. Magnan de Sainte-Anne, Brissaud, les successeurs du vénéré Charcot; MM. le Dr Regnard, inspecteur général des services administratifs représentant ici M. le Ministre de l'Intérieur, Ladame, de Genève, Carrier, de Lyon, tous maîtres en pathologie nerveuse. Enfin, Messieurs, je voudrais vous nommer tous, mais dans mon impuissance je vous prie d'agréer l'expression la plus émue de mes salutations de bienvenue avec mes plus vifs remerciements.

« Je ne manquerai pas d'y associer très particulièrement M. Joxé, maire d'Angers, député de Maine-et-Loire, qui a

mis si gracieusement la salle des fêtes de la Mairie à notre disposition, pour nous y offrir l'hospitalité à notre séance d'ouverture, M. le Préfet, M. le Dr Legludic, le distingué directeur de l'Ecole de Médecine d'Angers, qui nous a réservé un amphithéâtre pour nos séances scientifiques; enfin les membres ici présents des différentes administrations et corps constitués du département.

« Je ne puis terminer ce toast, hélas! déjà trop long, en oubliant les Dames dont la grâce est un des attraits les plus captivants du Congrès. Je remercie plus particulièrement les Dames de nos congressistes. Piquées par la curiosité bien naturelle de voir nos merveilles de l'Anjou, elles n'ont pas craint de s'exposer aux fatigues d'un voyage pour donner, par leur présence à nos fêtes, un éclat encore beaucoup plus vif.

« Je les prie d'agréer ici tous nos remerciements, nos plus aimables compliments et nos respectueux hommages. Messieurs, Mesdames, à notre très honoré et cher président du Congrès, à tous et à toutes »

Succédant à M. le **Dr PETRUCCI**, M. le **Dr MOTET**, président du Congrès, prononce l'allocution suivante :

Mesdames,

Messieurs,

Vos chaleureux applaudissements viennent de prouver à notre excellent et dévoué Secrétaire général qu'il avait été votre fidèle interprète, et que vous vous associiez de tout cœur au salut qu'il adresse à nos hôtes. Si je disais de lui tout ce que je pense, la modestie de M. Petrucci pourrait en souffrir un peu : je me résumerai en quelques mots. Nous le remercions très sincèrement des soins qu'il a donnés à l'organisation de notre Congrès : je remercie aussi les représentants de la presse médicale et de la presse angevine qui ont bien voulu venir s'asseoir au milieu de nous.

MESDAMES,

Un vieux proverbe qu'on croit oriental, mais que je supposerais plus volontiers éclos en Anjou, dit : « que les femmes ont été créées pour parer de fleurs les chemins de la vie. »

En prenant place à notre banquet vous donnez raison au proverbe, et nous vous remercions de nous avoir apporté ici la grâce, le charme, le clair rayonnement qui donnent son éclat à cette fête.

Maintenant, Messieurs, permettez-moi de donner à mon toast un caractère un peu personnel, j'ai mon excuse.

Quand vous m'avez fait l'honneur, mes chers collègues, de me choisir pour votre président, je fus profondément touché, je fus ravi.

Revenir à Angers, dans cette ville à laquelle me rattachent tant et de si riches souvenirs, c'était pour moi retrouver ma jeunesse en fleur, et donner à ma vie la plus haute récompense.

C'est ici que j'ai commencé à épeler la langue médicale, et j'ai conservé pour mes premiers maîtres, pour l'École de médecine d'Angers, la reconnaissance la plus vive, comme j'ai gardé pour mes camarades d'antan, la plus sincère affection. Quoi de meilleur que ce retour vers le passé ?

Lorsque nous vieillissons, tout lointain souvenir
Nous est fidèle encore en dépit des années,
Les fleurs de notre avril en vain se sont fanées,
Les images en nous ne se peuvent ternir.

. . . .

Comme un prompt échanson qui, sans reprendre haleine
Passe devant la coupe et la tient toujours pleine,
Le temps passe et remplit la mémoire à plein bord,

Le souvenir nouveau c'est la dernière goutte
Qui sous le moindre heurt s'en détache d'abord
Tandis que la première, au fond, demeure toute ! (1)

(1) Sully-Prudhomme.

C'est cette première goutte, précieusement conservée au fond de mon verre que je veux boire avec vous ce soir. C'est avec elle que je vous salue, vous, Messieurs les représentants de l'hospitalière et généreuse cité ! — Que je vous salue, vous, mes chers collègues, qui, dans la maturité de votre talent, êtes la gloire de la médecine mentale et de la neuro-pathologie. — Vous, jeunes gens, qui apprenez de nous ce que valent les sentiments de réciproque estime, de cordiale union qui nous animent ! Le présent et l'avenir se donnent ici la main. Ensemble, buvons à l'Alma Parens, la Société médico-psychologique, à la ville d'Angers, aux professeurs de son École de médecine ! Je mets dans ce toast toute la chaleur des sentiments dont mon cœur est plein !

D'autres toasts ont ensuite été portés par MM. les Drs Regnard, Motais (d'Angers), Ladame (de Genève). Celui-ci a apporté, au nom de la Suisse, l'expression des sentiments d'une vieille et solide amitié. Il a remercié la ville d'Angers de son aimable hospitalité et terminé en buvant à l'avenir de la France et en criant : « Vive la France ! »

Les discours terminés, les convives se sont rendus au salon. Un charmant concert a clôturé la fête. Mlle Bauer, professeur de chant à Chartres, douée d'une merveilleuse voix, a fait entendre le *Noël païen*, de Massenet ; *Berceuse*, de Cheminade ; *Chant hindou*, de Benberg.

M. Petrucci fils a charmé les auditeurs en jouant sur le violoncelle, avec son talent accoutumé, l'*Andante de la sonate*, de Godard ; *Andante du concerto*, de Goltermann ; *Menuet*, de Valensin ; *Romance*, de Gabriel Marie.

Ces deux artistes étaient fort habilement accompagnés par Mlle Lemaire, professeur de piano à Angers.

La soirée s'est terminée à onze heures, laissant à ceux qui y assistaient le plus aimable souvenir.

Séance du mardi 3 août (Matin)

Présidence de M. MOTET

La séance est ouverte à neuf heures. Elle débute par une série de projections photographiques fort intéressantes, présentées par **M. BRISSAUD**, et relatives à des malades atteints de paralysies pseudo-bulbaires, de torticolis mental, d'acromégalie, de maladie de Basedow de Myxœdème avec ou sans troubles psychiques.

La parole est ensuite donnée à **M. COULON** qui présente son rapport sur le rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux.

Du Rôle des Artérites dans la Pathologie du système nerveux

AVANT-PROPOS

Le rôle des lésions artérielles occupe dans la pathologie du système nerveux une place importante. L'histoire des hémorrhagies cérébrales, des ramollissements consécutifs aux oblitérations vasculaires a fait l'objet de travaux considérables. L'athérome cérébral, les artérites syphilitiques des centres nerveux ont suscité des études très nombreuses.

Nous aurions voulu suivre dans notre travail la marche habituellement suivie et exposer par ordre historique les différents travaux faits sur la question. Nous nous heurtions là à de grandes difficultés. Beaucoup de travaux importants n'envisageaient pas la question au point de vue qui nous occupe, et, de plus, la grande diversité des sujets qui y touchent nous eût exposé à des redites trop fréquentes.

D'autre part, le peu de temps dont nous disposions ne nous a pas permis de recourir à tous ces travaux, et nous ne pouvons que regretter d'avoir été obligé de nous limiter dans cette importante étude.

Nous avons dû souvent nous borner à une simple énumération des noms d'auteurs, et nous n'avons pu donner à la plupart qu'une place parfois trop restreinte.

Aussi osons-nous espérer que l'indulgence du lecteur viendra combler les lacunes bien involontaires qui pourraient exister dans notre travail ; une question qui touche non seulement à toute la pathologie du système nerveux mais à une grande partie de la pathologie générale ne pouvait être traitée avec la compétence nécessaire que par une plume plus autorisée que la nôtre.

Envisageant la question à un point de vue plus spécial, nous nous sommes efforcé, nous appuyant sur les plus récents travaux d'anatomie-pathologique, de restreindre notablement le rôle des altérations artérielles dans la pathogénie du système nerveux. Il semble, en effet, que le moment soit venu de donner au rôle de l'élément nerveux la prépondérance dans les affections du névraxe. Les réactions directes de la cellule nerveuse en présence des substances toxiques ou infectieuses qui l'atteignent, ne suffisent-elles pas, en effet, pour rendre compte de la grande majorité des lésions que présentent les centres nerveux et de la symptomatologie que ces altérations déterminent ?

Posée sur ce terrain, la question prend un intérêt qui va sans cesse grandissant, et notre exposé apparaîtra bien plutôt comme matière à discussion de nouveaux pro-

blèmes, que comme une énumération de faits désormais établis.

Que M. le D[r] Klippel, médecin des hôpitaux, qui nous a donné des indications bien précieuses, pour ce travail, reçoive ici l'expression de notre gratitude.

GÉNÉRALITÉS HISTOLOGIQUES

Nous n'avons pas à refaire ici l'étude bien connue de la structure des artères, mais il nous paraît cependant utile de rappeler quelques points particuliers à la disposition qu'elles affectent dans les centres nerveux.

Nous retrouvons ici l'endothélium vasculaire avec la même structure qu'il affecte partout ailleurs. Il est formé de cellules plates réunies par un ciment qui est un albuminate soluble et dans lequel se forment les stomates qui donnent passage aux globules blancs dans leur diapédèse. Cet endothélium repose sur une paroi propre, mince et sans structure admise par Ranvier, Renaut, et qui aurait la signification d'une membrane vitrée. Pour M. Détal, cette membrane ne serait pas constante. L'endothélium et la paroi sur laquelle il repose représentent seuls le véritable tissu vasculaire. Les formations conjonctives et musculaires qui se moulent tout autour pour constituer le vaisseau, reconnaissent une autre origine et ne lui appartiennent pas. Ce tissu vasculaire est commun à tout le système circulatoire.

Dans les capillaires, on retrouve autour de la membrane propre une couche de tissu conjonctif formée de cellules allongées dans le sens de l'axe du vaisseau. C'est le périthélium d'Eberth, premier indice de la tunique externe.

Au moment où les capillaires deviennent artérioles, on voit apparaître au-dessous de la couche conjonctive périvasculaire des fibres musculaires enroulées en hélice autour des vaisseaux. Ces fibres forment la tunique moyenne,

dont la contraction a pour effet de diminuer le calibre de l'artériole.

Les artères d'un plus gros calibre offrent une structure analogue, mais avec cette différence que l'on y rencontre la stratification d'un plus ou moins grand nombre d'assises de fibres musculaires et conjonctives. A mesure que l'on s'éloigne des capillaires, ce tissu conjonctif s'épaissit de manière à former en dehors de la tunique musculaire, une tunique plus ou moins épaisse (tunique externe) qui contient une proportion assez considérable de fibres élastiques. Ce sont ces mêmes fibres élastiques qui forment un véritable réseau entre les fibres musculaires de la tunique moyenne et qui figurent sous celle-ci une sorte d'épaississement membraniforme discontinu, la membrane limitante interne.

Mais ce qui distingue les vaisseaux des centres nerveux, c'est que, dans les capillaires, les cellules conjonctives qui constituent le périthélium d'Eberth prennent la disposition d'une gaine véritable, formée de tissu conjonctif réticulé, et connue sous le nom de gaine périvasculaire de Robin et de His, ou de gaine lymphatique, car elle limite un espace situé entre elle et le capillaire proprement dit, espace qui est plein d'un liquide analogue à la lymphe » (Mathias-Duval) (1) ; elle serait, d'après Axel Key et Retzius, recouverte d'un endothélium sur ses deux faces. Cette gaine périvasculaire se prolonge sur tous les vaisseaux sanguins des centres nerveux. Pour certains auteurs elle serait en communication avec un système lacunaire fermé, constituant sous la pie-mère les espaces épi-cérébraux et épispinaux de His. Elle pourrait bien alors ne pas appartenir au système lymphatique.

Une autre particularité propre aux artères du système nerveux, c'est que « les vaisseaux, entourés de fibriles conjonctives, sont en outre enveloppés d'un manchon névroglique qui les suit jusque dans leurs plus fines ramifications, manchon névroglique qui se continue avec la névroglie centrale, la névroglie sous-pie-mérienne, et la

(1) Mathias-Duval : Précis d'histologie, p. 674.

névroglie interfasciculaire et intertubaire » (DÉJERINE) (1). La nutrition des parois vasculaires est assurée par des vasa-vasorum, comprenant suivant l'importance des vaisseaux, des petites artères, des artérioles, des petites veines et des réseaux capillaires affectant la même disposition que dans le tissu conjonctif ordinaire. Ces vasa-vasorum, tout comme les capillaires eux-mêmes, donnent passage aux globules blancs dans leur diapédèse.

Le tissu conjonctif ne se retrouve dans les centres nerveux qu'autour des vaisseaux. Il représente le soutien mésodermique du névraxe. Les cellules nerveuses sont reliées entre elles par un tissu de formation ectodermique, la névroglie en continuité avec l'épithélium épendymaire et sur la structure duquel nous n'avons pas à nous étendre ici.

Une des particularités remarquables du tissu nerveux est le grand développement que prennent les voies lymphatiques dans sa structure, car non seulement tous les capillaires baignent dans des gaines lymphatiques en continuité les unes avec les autres, mais les cellules nerveuses seraient elles-mêmes, d'après HIS, entourées d'un véritable espace péricellulaire en communication avec les systèmes précédents. Quelle est la cause de cette disposition curieuse qui transforme le tissu nerveux en une véritable éponge lymphatique?

Elle paraît résider à la fois dans la constitution morphologique même des éléments nerveux et dans la nécessité d'une nutrition intensive qu'exigent leurs actes physiologiques. Dans tous les parenchymes dérivés du feuillet externe, les leucocytes pénètrent par diapédèse, et ces espaces inter-épithéliaux n'ont pas d'autre signification que ceux qui se forment normalement par la leucocytose à travers le revêtement épithélial d'une muqueuse par exemple. Mais dans les centres nerveux, la grande quantité des prolongements cellulaires et surtout leur grande longueur, jointes à l'interposition en plus ou moins grande abondance des cellules de la névroglie, font que les cellules

(1) DÉJERINE : Anatomie des centres nerveux, p. 200.

nerveuses ne sont point, comme celles des autres parenchymes, en contact direct les unes avec les autres. Ce défaut de juxtaposition, qui se comprend aisément lorsque l'on étudie l'histogenèse du tissu nerveux, entraîne fatalement comme conséquence une disposition particulière des voies sanguines et lymphatiques. Le liquide nourricier, représenté par la lymphe et les globules blancs, doit entrer en rapport direct avec chaque élément nerveux. D'autre part, les hématies contenues dans les capillaires, qui président aux oxydations, c'est-à-dire à l'utilisation des matières de réserve, ont également besoin d'être aussi près que possible des cellules nerveuses à cause du travail intensif auquel l'organe se trouve soumis dans maintes circonstances et l'on peut concevoir comment, par le développement et le rôle de l'élément nerveux, l'élément vasculaire s'est peu à peu adapté à la disposition que ce dernier exigeait.

Cette disposition pourra maintes fois rendre compte de l'allure qu'affectent dans les centres nerveux des lésions qui évoluent différemment dans d'autres parenchymes, et comment l'inflammation y prend une manière d'être particulière (tubercules, gommes, lésions athéromateuses, anévrysmes miliaires, etc.).

La sclérose artérielle pourra même se présenter dans le système nerveux avec des caractères particuliers.

Les artères des centres nerveux peuvent être le siège d'inflammations aiguës et d'inflammations chroniques entre lesquelles il n'est possible de fixer aucun intermédiaire et que l'on isole simplement pour la clarté de la description.

Nous n'avons pas l'intention de retracer ici l'histoire anatomo-pathologique des lésions artérielles des centres nerveux ; nous ne pouvons pour cela que renvoyer aux auteurs qui ont décrit ces lésions. Cependant nous devons, pour la clarté de ce qui va suivre, faire quelques remarques qui trouveront ultérieurement leur utilité.

Dans les artérites, le caractère inflammatoire prime tous les autres. Qu'elles soient aiguës ou chroniques on peut toujours y retrouver l'inflammation avec ses caractères, si

bien qu'entre l'artérite la plus aiguë et l'artérite la plus chronique il n'y a qu'une différence de degré.

Dans les artérites aiguës, ce qui domine, c'est l'intensité du processus réactionnel de l'organisme vis-à-vis de l'agent irritant ou septique qui le lèse.

Cette réaction, comme toutes les réactions inflammatoires violentes, se traduit d'abord par la mise en jeu des aptitudes physiologiques particulières des cellules constituantes du vaisseau.

Dans les artérites aiguës, le processus paraît primitivement localisé à l'endartère. (Cornil, Letulle, Brault, etc.) Ces lésions se présentent le plus souvent sous l'aspect de plaques plus ou moins étendues, molles et gélatineuses, ou jaunâtres quand elles ont subi un commencement de désintégration. « L'artérite aiguë, dit M. Letulle (1), est par-dessus tout constituée par la tuméfaction inflammatoire de la couche sous-endothéliale. L'endothélium, lui-même, paraît intact au-dessus de la plaque gélatiniforme. Parfois, il est confondu dans un bloc fibrino-leucocytique, adhérent à la surface enflammée ; on a alors affaire à une variété particulière d'artérite, la thrombo-artérite aiguë. » La tuméfaction de la couche sous-endothéliale ne dépasse pas, au début, la lame élastique interne. Dans cette couche, les cellules conjonctives sont déformées, et leur noyau en voie de multiplication active.

« Dans les cas d'endartérite aiguë, disent MM. Cornil et Ranvier, où les éléments nouveaux se trouvent à la surface de la membrane interne, on ne saurait, pour expliquer leur formation, faire intervenir la théorie donnée par Conheim, d'après laquelle les globules blancs, sortis des vaisseaux par diapédèse, constituent des productions de l'inflammation ; l'étude attentive de ces éléments démontre bien, en outre, qu'ils proviennent de la division des éléments anciens (2). »

D'après M. Brault, « presque toutes les cellules contenues dans la plaque hypertrophiée appartiennent au revê-

(1) Letulle : L'Inflammation.

(2) Cornil et Ranvier : Traité d'Histologie normale et pathologique.

tement normal de l'endartère ; elles se présentent sous la forme d'éléments allongés à noyau arrondi, munis d'un ou deux prolongements à leurs extrémités (1). »

Le rôle des leucocytes immigrés dans l'endartère et qui sont d'autant moins nombreux que la lésion est plus ancienne, serait donc assez effacé. Sans doute ces éléments viennent exercer ici leurs fonctions phagocitaires qu'ils exercent dans tous les tissus enflammés.

A un stade plus avancé, l'inflammation s'étend peu à peu aux autres tuniques. La membrane élastique interne se dissocie, la tunique musculaire se laisse envahir par les leucocytes, la tunique externe participe peu à peu au processus inflammatoire. Mais ces lésions des autres tuniques sont secondaires, et d'une façon générale on peut considérer l'endartérite comme primitive.

Dans les cas moins aigus et dans les cas chroniques, c'est encore l'endartérite qui doit tenir la première place. (Cornil, Letulle, Brault.) Mais quelle que soit la cause de l'artérite, en dehors des lésions spécifiques localisées, la sclérose des artères nous apparaît comme le dernier aboutissant de processus toujours à peu près analogues dans leur marche.

L'endothélium est considéré comme généralement indifférent au processus. (Letulle.) Cependant, lorsqu'il tombe nécrosé, les couches sous-jacentes peuvent présenter des ulcérations. Ces ulcérations sont dues sans doute au même processus de nécrobiose qui a déterminé la chute de l'épithélium.

Les cellules de la couche sous-endothéliale forment, en proliférant, des couches superposées dans lesquelles se retrouvent des fibrilles conjonctives en assez grand nombre. On peut y rencontrer des néoformations vasculaires en activité ; c'est un tissu conjonctif nouveau qui s'organise. En vieillissant, ce tissu se tasse et se sclérose.

Si l'inflammation s'étend à la lame élastique interne, on la voit tantôt s'épaissir à mesure que les fibres élastiques comprises entre les fibres musculaires deviennent plus

(1) Brault : Les Artérites, leur rôle en pathologie, p. 32.

épaisses, tantôt, si la lésion marche vers la nécrobiose, se désintégrer en formant des granulations abondantes autour du foyer dégénéré. (LETULLE.)

Lorsque la lésion artérielle évolue vers la dégénérescence athéromateuse, c'est dans la couche sous-endothéliale que la nécrose cellulaire édifie peu à peu les foyers d'athérome. La transformation fibro-calcaire apparaît comme un des stades de cette dégénérescence.

Ainsi nous voyons qu'aiguës ou chroniques, les inflammations artérielles évoluent vers la sclérose. Lorsque l'irritation n'est pas assez active pour provoquer la dégénérescence des éléments, c'est la sclérose pure sans athérome ; ainsi se montrent souvent les petites artères dans les cas dits d'artério-sclérose généralisée. Si au contraire la dégénérescence se montre en divers points, l'athérome survient comme un épiphénomène, comme une complication de l'artérite chronique (plaques athéromateuses des gros vaisseaux).

Tel est le mode d'évolution le plus fréquemment observé. Cependant, certaines maladies infectieuses impriment à l'artérite certains processus particuliers que nous retrouverons à leur propos : telles la syphilis, la tuberculose, etc.

Nous en tenant ici aux généralités, nous rejetterons également à des chapitres spéciaux l'étude des complications dont peuvent s'accompagner les artérites, et qui, pour la plupart, donnent un cachet de gravité tout particulier aux lésions artérielles des artères des centres nerveux, nous voulons parler des ectasies anévrysmales, des ruptures et des oblitérations artérielles.

Nous devons simplement faire ici mention d'une théorie défendue par de nombreux auteurs et qui placerait certaines artérites sous la dépendance d'une localisation primitive à la tunique externe. Le fait est indéniable pour les artérites par propagation d'une lésion inflammatoire voisine. La pathogénie s'établit alors d'elle-même. Mais dans les cas de lésions primitives des artères, l'explication de la périartérite devenait difficile. M. H. MARTIN avait mis les lésions de la tunique externe sous la dépendance des

lésions des vasa-vasorum de ces vaisseaux. La réfutation de cette théorie est donnée par M. Brault (1), par les arguments suivants : « Les artérioles de l'adventice se résolvent en capillaires de fin calibre dont la distribution ne s'étend pas à la moitié externe de la couche musculo-élastique ; le réseau terminal des artérioles de l'adventice forme, dans son ensemble, un système anastomotique de forme cylindrique parallèle à la direction du vaisseau, mais toujours situé à une grande distance de la lame élastique interne. Il est difficile, par suite, d'admettre que l'oblitération d'une artériole de la tunique externe produise une lésion limitée au niveau de l'endartère. » Cette théorie doit, à plus forte raison, être abandonnée pour des artères de faible calibre, dont les parois ne contiennent plus de vasa-vasorum, qui offrent cependant des plaques d'artérite pouvant aboutir à la calcification et à l'obstruction complète.

M. Brault fait remarquer en outre que « les artérioles de l'adventice ne contiennent pas de vasa-vasorum ; elles s'enflamment donc suivant des procédés analogues à ceux qui président à l'oblitération » des autres artères.

Le processus de l'artérite est bien un processus local, une réaction de l'endartère soumise, soit à l'influence des produits toxiques véhiculés par le sang, soit lésée par la colonisation d'un élément microbien à sa surface. « La plaque d'endartérite, dit M. Brault (2), représente dès le début une néoformation de cellules connectives qu'une irritation locale a provoquée. Lorsque la prolifération cellulaire se maintient dans de justes limites, la nutrition de cette plaque peut se trouver suffisante pendant un temps assez long, dont il nous est impossible de fixer la durée. Si la réaction inflammatoire a été plus violente, la nutrition des couches les plus profondes est incomplètement assurée. Il y a en quelque sorte un ralentissement dans les échanges, une véritable stagnation des liquides qui baignent les tissus, et, par suite, la vitalité de la partie

(1) Brault : *Loc. cit.*
(2) Brault : *Loc. cit.*, p. 69.

profonde de l'artère est continuellement en souffrance. » C'est alors que se produisent dans les parois artérielles les diverses dégénérescences et les foyers athéromateux qu'elles peuvent présenter.

C'est presque uniquement dans les plus grosses artères que le processus de nécrobiose aboutit à son stade ultime qui est la transformation du centre du foyer en véritable bouillie athéromateuse. Le plus souvent, surtout dans les artères de la base de l'encéphale, l'athérome s'arrête à la transformation fibro-calcaire. Au niveau des plaques d'artérite la lésion, localisée primitivement à la tunique interne, détermine une réaction inflammatoire du tissu conjonctif de l'endartère. Ce dernier répond par le processus sclérogène. Mais, peu à peu, les parties les plus centrales succombent et donnent toute les réactions caractéristiques de la dégénérescence granulo-graisseuse. Peu à peu, tout autour de ces cellules centrales dégénérées, les autres cellules conjonctives, moins fortement atteintes, subissent la transformation calcaire, processus intermédiaire à la sclérose et à la nécrobiose et tant qu'elles ont quelque peu de vitalité, elles se chargent de substances calcaires. Autour d'elles, les cellules moins atteintes se contentent d'élaborer du tissu fibreux ; les plus centrales restant cependant toujours vouées plus ou moins à la dégénérescence calcaire. Ainsi se constitue la plaque fibro-calcaire athéromateuse.

Du côté de la lumière vasculaire, il se peut que la mince couche de cellules endartérielles, qui la séparent du courant sanguin, finissent par subir elles-mêmes la dégénérescence calcaire. L'endothélium disparaissant alors par nécrose, la plaque se trouve en contact direct avec le sang.

Du côté des autres tuniques, l'infiltration scléreuse peut se propager à travers la tunique musculeuse et dessiner dans son épaisseur des travées caractéristiques. Peu à peu l'élément musculaire dégénère et la tunique ayant perdu son élasticité et sa contractilité, ne peut s'opposer à la formation d'un anévrysme.

Enfin, l'inflammation gagnant la tunique externe, on

voit celle-ci présenter les réactions caractéristiques de la sclérose (péri-artérite). C'est alors que les artérioles qui rampent dans l'adventice peuvent présenter des altérations d'endartérite ; mais, comme le fait remarquer M. Brault, leurs lésions n'ont pas de relation directe avec les lésions de la tunique interne de l'artère.

En somme, dans la formation du foyer athéromateux ni la tunique musculeuse, ni la tunique externe n'ont un rôle nécessaire et le processus peut rester localisé à l'endartère et ne pas dépasser les confins de la tunique moyenne.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

Lorsque chez un sujet atteint d'une maladie du système nerveux on trouve des lésions artérielles, on doit se demander quels sont les rapports qui unissent ces dernières à la maladie nerveuse à laquelle elles étaient associées.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° Ou bien la lésion artérielle est simplement juxtaposée à la lésion nerveuse, et l'on a affaire à une simple coïncidence, comme par exemple dans les cas de lésions athéromateuses rencontrées chez des épileptiques ;

2° Ou bien l'artérite est concomitante de la lésion nerveuse et peut dépendre d'une même série causale. La paralysie générale peut servir d'exemple de cette modalité ;

3° Ou bien l'artérite doit être considérée comme la véritable cause de la lésion nerveuse. Dans ces cas, on peut ranger les foyers de ramollissement consécutifs à des oblitérations artérielles ;

4° Enfin, et plus rarement, comme dans les troubles trophiques des artères, l'artérite est sous la dépendance de la lésion nerveuse.

La possibilité de rencontrer ces différents cas diversement réunis chez un même sujet rend facilement compte des difficultés qui peuvent surgir dans cette étude.

On comprend dès lors combien il est important d'avoir présentes à l'esprit ces différentes éventualités anatomopathologiques dans la recherche souvent si obscure de l'étiologie des affections du système nerveux au cours desquelles l'artérite peut se manifester.

Aussi, nous ne pouvons guère écarter, dans l'étude de l'étiologie générale, les notions anatomo-pathologiques qui en sont en quelque sorte la base, et nous avons jugé utile de les indiquer sommairement, au fur et à mesure de l'étude des causes étiologiques particulières.

Pour simplifier cette étude, nous étudierons successivement l'artérite : 1° dans les maladies générales qui s'accompagnent de lésions du système nerveux ; 2° dans les affections propres au système nerveux. Mais nous devons faire remarquer ici que ces divisions, commodes pour la description, n'ont rien d'absolu.

I. — Étude étiologique des Artérites dans les maladies générales qui n'ont pas de localisation spéciale sur les différentes parties du système nerveux.

1° Intoxications. — *Saturnisme.* — Le plomb avait été accusé par Tanquerel des Planches de produire des lésions artérielles. Depuis, plusieurs auteurs, et M. Lancereaux en particulier, ont admis son influence. Les lésions observées en pareil cas sont celles de la dégénérescence athéromateuse vulgaire. Aussi, certains auteurs ont-ils avancé que le plomb n'a d'action sur les vaisseaux que par l'intermédiaire des lésions goutteuses qu'il détermine. Cette hypothèse est soutenable ; cependant, l'action incontestable du plomb sur les éléments nerveux (encéphalopathie saturnine — paralysies motrices — troubles sensitifs et sensoriels) — permet d'admettre qu'il peut avoir également une action directe sur l'endothélium vasculaire et devenir la cause première de lésions artérielles ; la goutte saturnine, en effet, n'est

pas l'intermédiaire obligé entre l'intoxication saturnine et les lésions vasculaires qui l'accompagnent. Mais rien ne permet d'affirmer que les troubles nerveux observés soient sous la dépendance des lésions artérielles.

Les artérites qui accompagnent le saturnisme peuvent donner lieu à des hémorrhagies cérébrales ou à des foyers de ramollissement.

Alcoolisme. — Le rôle de l'alcool dans la production de l'artérite mérite d'être discuté. Guéneau de Mussy, Peter, Lécorché l'admettent d'une façon certaine. Duclos a noté l'intégrité des artères dans 50 °/₀ des cas d'alcoolisme chronique. Dans l'autre moitié des cas, la tunique interne des artères était parsemée de plaques jaunâtres qui représentaient pour lui de la *dégénérescence graisseuse.* Cependant la grande fréquence des lésions athéromateuses rencontrées chez beaucoup d'alcooliques permet de se demander si ces lésions artérielles étaient bien différentes de l'athérome et si ce n'est pas à l'athérome seul qu'elles doivent être rapportées. Dans ce cas, l'alcool n'aurait par lui-même d'action sur les tuniques artérielles que par l'intermédiaire de l'athérome, qu'il serait capable de provoquer. M. Lancereaux va même plus loin et refuse à l'alcool toute influence dans l'étiologie des artérites. Cette opinion doit être prise en considération, eu égard à l'inconstance des lésions artérielles dans les cas d'alcoolisme chronique les moins contestables. Pour M. Brault, l'alcool pourrait bien n'avoir d'action que sur des lésions artérielles déjà constituées.

Les lésions rencontrées dans le système nerveux des alcooliques n'ayant rien de bien spécial, nous renverrons leur étude au chapitre des lésions athéromateuses.

Intoxications alimentaires : Chanvre, Maïs, Ergot de seigle, Tabac. — D'autres substances toxiques ont été signalées comme pouvant donner lieu à des lésions artérielles. Nous ne savons encore rien de bien précis sur les rapports qu'affectent ces lésions avec les lésions nerveuses qui les accompagnent dans certains cas.

2° Maladies infectieuses. — *Paludisme.* — Féréol, Hervé ont décrit une artérite des gros vaisseaux pouvant être

rapportée au paludisme. M. LANCEREAUX (1), donnant à cette artérite une très grande importance, en fait une modalité distincte sous le nom d'artérite en plaques. Cette lésion reste localisée à l'aorte et aux gros troncs ; elle n'a guère été retrouvée dans les artères des centres nerveux. Mais il est un fait important à noter, c'est l'accumulation de pigment mélanique dans les capillaires cérébraux, où il peut produire de véritables embolies amenant leur destruction (LAVERAN). Ces lésions se retrouvent dans les formes délirantes ou comateuses des accès pernicieux.

Rhumatisme articulaire aigu. — GUÉNEAU DE MUSSY (2) avait signalé des lésions artérielles au cours du rhumatisme articulaire aigu. Il avait même « recueilli plusieurs observations où des attaques répétées de rhumatisme articulaire aigu n'ayant laissé dans le cœur aucune trace de leur passage, en avaient laissé de très accentuées dans les artères, indurées au troisième degré. » Plus tard, LEGROUX, BUREAU, ont rapporté des cas analogues. HANOT pense que l'artério-sclérose peut être consécutive à une artérite aiguë rhumatismale. Ce serait donc à l'artério-sclérose elle-même que le rhumatisme serait capable de conduire, plutôt qu'à une lésion artérielle bien déterminée qui leur serait propre.

Les localisations du rhumatisme sur le système nerveux (rhumatisme cérébral, rhumatisme spinal, polynévrite rhumatismale? méningites rhumatismales?) s'accompagnent-elles d'artérites? la congestion cérébrale, l'œdème cérébral, l'anémie cérébrale que l'on peut observer au cours de ces différents états vont-ils de pair avec des lésions artérielles? Ce sont là des questions que des recherches ultérieures peuvent seules élucider.

Erysipèle, *Fièvre puerpérale*, *Septicémie*. — Des lésions artérielles ont été signalées dans l'érysipèle sur l'hexagone de WILLIS, dans la fièvre puerpérale, dans la septicémie, sur d'autres artères. Mais là encore les rapports de ces

(1) LANCEREAUX : *Cliniques médicales*, Paris, 1874.

(2) GUÉNEAU DE MUSSY : De l'athérome artériel et des indurations des artères. *Arch. de méd.*, 1872, et *Clinique méd.*, 1874.

lésions avec les troubles nerveux qui accompagnent ces infections nous échappent. Il est très probable que, dans ce cas, les lésions artérielles et les lésions nerveuses sont concomitantes et relèvent de la même cause. Cependant il n'est pas impossible d'admettre que l'infection n'ait eu pour effet que d'accentuer par une détermination inflammatoire active des lésions athéromateuses qui sommeillaient depuis longtemps.

Grippe, Rougeole, Scarlatine. — Nous en dirons autant des lésions artérielles que l'on rencontre dans la grippe, la rougeole, la scarlatine. Leurs relations avec ces maladies intectieuses ne sont ni constantes, ni fréquentes. Il n'est pas prouvé qu'elles ne doivent être rapportées à de l'athérome ancien, et lorsque dans les formes nerveuses de ces maladies on rencontre des altérations dans les artères des centres nerveux, rien ne permet d'affirmer une relation de cause à effet entre ces deux ordres de lésions.

Variole. — Au cours de la variole, le système artériel est touché, et souvent assez gravement. Les plaques molles, gélatiniformes que l'on trouve sur l'aorte ne laissent point de doute à cet égard (Brouardel) (1). Malheureusement, en dehors des lésions cardiaques et aortiques, les lésions artérielles sont mal connues, et, dans les formes à localisation nerveuse intense (myélite diffuse aiguë, névrite périphérique, pseudo-tabès), on ne connaît rien de précis sur le rôle des lésions vasculaires. Peut-être ces lésions artérielles sont-elles susceptibles de devenir le point de départ de lésions d'artério-sclérose.

Pneumonie. — Le pneumocoque peut-il se localiser sur les artères comme il se localise sur l'endocarde ? (endocardite ulcéreuse à pneumocoque primitive de Jaccoud). C'est une question encore obscure. Toujours est-il que l'on rencontre fréquemment le pneumocoque au niveau des méninges cérébro-spinales, soit primitivement (Netter) (2), soit à la suite de la pneumonie. Ici encore, les rapports

(1) Brouardel : *Arch. gén. de méd.*, 1874.

(2) Netter : *Société anatomique*, mars 1886.

entre les lésions vasculaires et les lésions nerveuses sont mal connus.

Blennorrhagie. — Pour ce qui est du gonocoque, nous sommes encore moins bien renseignés. Peut-être est-ce à des agents infectieux secondaires que l'on doit rapporter les lésions cardio-vasculaires que l'on observe au cours de la blennorrhagie. Quoi qu'il en soit, le rôle de ces lésions dans les complications nerveuses de la blennorrhagie (névrites, myélites blennorrhagiques) n'a pas encore été établi d'une façon certaine.

Diphtérie. — Dans la diphtérie, les lésions cardio-vasculaires que l'on rencontre ne sont pas dues au bacille diphtéritique lui-même, mais sont le résultat d'infections secondaires. L'endocardite, quoique rare, est incontestable. Quant aux véritables lésions artérielles, elles sont aussi peu prononcées que sont peu fréquentes les lésions nerveuses observées. Cependant les nerfs atteints de névrite diphtérique présentent des hémorrhagies capillaires. Mais ces lésions paraissent bien dues à une même cause, agissant simultanément sur les cellules nerveuses et sur les capillaires.

Fièvre typhoïde. — L'artérite typhique existe, et la présence du bacille a pu être décélée dans les tuniques artérielles. L'aortite et surtout les lésions des artères des membres sont aujourd'hui bien connues. Le début semble se faire par l'endartère, et la terminaison a été dans bien des cas d'artérite des membres inférieurs, l'oblitération et la gangrène (1). Pour ce qui est des artères du système nerveux, leurs lésions sont encore très peu connues, même dans les cas où les troubles nerveux acquièrent une certaine importance (méningo-encéphalite avec délire généralisé ou partiel). Tout ce que l'on note c'est la congestion intense des capillaires avec infiltration très abondante de leucocytes dans les gaines péri-vasculaires, en un mot l'inflammation diffuse avec tous ses caractères, y compris la présence du bacille typhique. Il serait prématuré d'affir-

(1) PATRY DE SAINTE-MAURE : *Arch. gén. de méd.*, 1863.

mer que les lésions des cellules nerveuses, que l'on rencontre en pareil cas sont sous la dépendance des lésions vasculaires.

Typhus exanthématique. — Dans le typhus exanthématique des lésions artérielles ont été signalées, mais on ignore à peu près quel rapport elles affectent avec les localisations nerveuses.

Tuberculose. — L'artérite tuberculeuse présente des caractères particuliers; elle se localise de préférence aux artères de moyen et de petit calibre. Dans la grande majorité des cas, lorsque la lésion évolue lentement, c'est à la tunique externe que s'attaque le tubercule (Brault, Lancereaux, etc.). Les cellules géantes se développent dans cette tunique et dans l'adventice, et autour d'elles se manifeste un travail inflammatoire de leucocytose avec tendance à la transformation fibro-caséeuse. Mais la lésion n'atteint que des segments ou même des portions limitées de la paroi vasculaire, procédant par îlots qui laissent entre eux des intervalles plus ou moins normaux. Dans le tissu inflammatoire, peuvent apparaître des vaisseaux neo-formés dont le développement est éphémère et qui s'oblitèrent rapidement. Bientôt toutes les tuniques artérielles sont envahies, les fibres musculaires de la tunique moyenne détruits, et l'aboutissant naturel de la lésion est soit la dilatation anévrysmale qui peut céder et se rompre, soit l'oblitération vasculaire lorsque le processus de l'endartérite oblitérante a pu se manifester.

Dans certaines formes aiguës et sub-aiguës, et en particulier dans les méningo-encéphalites, la lésion des petites artères paraît débuter par la tunique interne, l'endothélium prolifère ainsi que les cellules de la membrane interne, mais « l'édification d'un vrai tubercule au niveau de l'endartère est exceptionnelle, car les lésions évoluent trop rapidement. On voit bientôt apparaître au niveau de tous les vaisseaux infiltrés par le tubercule, des thrombus fibrineux qui oblitèrent complètement la lumière du conduit; les cellules endothéliales perdent de leur netteté, deviennent homogènes et plus tard le contenu des artérioles,

ainsi que leur paroi, sont confondus dans une atmosphère caséeuse. » (BRAULT) (1).

Enfin, il est possible que, dans d'autres cas, la toxine tuberculeuse soit capable de produire, en dehors de toute localisation bacillaire, au niveau des artérioles et surtout des capillaires, des lésions inflammatoires simples avec tendance plus ou moins marquée vers la sclérose.

Ces diverses lésions artérielles peuvent se rencontrer dans les artères des centres nerveux.

Dans les méningites, les artérioles de la pie-mère présentent, le long de leurs gaines lymphatiques, un nombre plus ou moins considérable de granulations miliaires tuberculeuses aux différents stades de leur évolution. A mesure que la granulation grandit, les tuniques artérielles participent à l'inflammation et répondent par le processus de l'endartérite oblitérante.

Ces thromboses artérielles se rencontrent surtout dans les petites artères ; mais les branches d'un plus gros calibre telles que les cérébelleuses (TROISIER, HAYEM) peuvent aussi les présenter.

En dehors des complications qui relèvent soit de la transformation anévrysmale soit de la thrombose artérielle, qui sont sous la dépendance directe de l'artérite, et que nous étudierons plus loin, les lésions nerveuses qui accompagnent ces lésions artérielles (encéphalite interstitielle hyperplasique de HAYEM), doivent-elles être mises sur le compte de l'artérite ? Doit-on rapporter à la lésion vasculaire les lésions des cellules nerveuses du cerveau ou de la moelle qui forment le cortège obligé des méningites soit cérébrales soit spinales ? Il semble plutôt qu'ici encore, on puisse invoquer l'action simultanée de l'agent pathogène ou de la toxine sur l'artère et sur l'élément nerveux comme cause unique de ces deux ordres de lésions. La localisation primitive de la granulation miliaire dans la gaine adventice, c'est-à-dire en plein mésenchyme, en un point aussi éloigné de l'endartère que de l'élément nerveux, pourrait venir à l'appui de cette opinion.

(1) BRAULT : *Loc. cit.*, p. 52.

Syphilis. — Les artérites syphilitiques ont fait l'objet de nombreux travaux. Nous citerons ceux de : DITTRICH, GROS (1), LANCEREAUX (2), WILKS, DICKINSON, STEENBERG (3), VIRCHOW, RINDFLEISCH, HEUBNER, FOURNIER (4), BAUMGARTEN, CORNIL (5), BRISTOWE, RUMPF, WELCH, RAYMOND (6), CHARRIER et KLIPPEL (7), BRAULT, etc.

La syphilis affecte une certaine prédilection pour les artères cérébrales. Ce fait serait dû, d'après M. LANCEREAUX (8), à l'affinité particulière qu'a la syphilis pour les gaines lympathiques. Elle peut atteindre toutes les artères cérébrales : les carotides, les vertébrales, les artérioles terminales de la substance cérébrale. Mais le plus souvent elle se localise sur le tronc basilaire et sur les artères sylviennes.

D'après MM. CHARRIER et KLIPPEL (9) on peut décrire anatomiquement trois formes de lésions, auxquelles les auteurs ajoutent une quatrième, l'artério-sclérose, d'origine syphilitique. Ces variétés sont les suivantes :

1° *Les artérites de voisinage*, au niveau des nodules gommeux qui se développent sur le trajet des artères, et particulièrement des sylviennes ; les parois de ces artères qui sont en contact avec les syphilomes peuvent être envahies secondairement ;

2° *Les syphilomes artériels gommeux* (artérite gommeuse) qui constituent le type le plus net et le plus indiscutable des lésions syphilitiques pariétales. Ils consistent en dépôts gommeux siégeant dans l'épaisseur des tuniques qui se montrent sous forme de grains durs et petits de

(1) LÉON GROS : Des affections nerveuses syphilitiques, Paris, 1861.

(2) LANCEREAUX : De la thrombose et de l'embolie cérébrales, Paris, 1862.

(3) STEENBERG : Mém. sur la syphilis cérébrale, Copenhague, 1862.

(4) FOURNIER : Syphilis cérébrale.

(5) CORNIL : Leçons sur la syphilis, Paris, 1879.

(6) RAYMOND : Contrib. à la syphilis du système nerveux. *Arch. de neurol.*, 1874.

(7) CHARRIER et KLIPPEL : Artériopathies cérébrales syphilitiques, *Rev. de méd.*, 1894.

(8) LANCEREAUX : Traité d'anatomie pathol., II, p. 852.

(9) CHARRIER et KLIPPEL : *Loc. cit.*, p. 775.

forme arrondie, ou d'infiltrats plus diffus. Le syphilome formé d'abord de cellules embryonnaires, subit plus tard la dégénérescence caséeuse.

Nous devons ajouter que dans certaines de ces productions gommeuses on retrouve, dans les parois, la présence de cellules géantes spécifiques signalées par Heubner, M. le professeur Joffroy. Toutes les tuniques peuvent être atteintes par le processus embryonnaire, et les parois privées de leur soutien élastique et musculaire peuvent céder en un point, incapables de s'opposer à la pression sanguine. L'hémorrhagie peut être subite. Cette forme térébrante de l'artérite syphilitique a été étudiée par M. Brault. On l'a retrouvée sur des artères importantes, telles que la sylvienne, la cérébrale antérieure;

3e *Le syphilome artériel sclérosé, scléro-gommeux* (artérite scléreuse) qui reste, dans la majorité des cas, circonscrit à un segment artériel (tronc basilaire, système carotidien). « Cette forme se montre sous forme de taches peu saillantes semées le long des vaisseaux ou des plaques plus épaisses, ou de grains ronds et durs faisant saillie à la fois sur la surface interne et externe du vaisseau. Dans quelques cas rares on la voit sous forme de nodosités volumineuses ». L'aboutissant de la sclérogomme n'est pas la dégénérescence calcaire, mais la dégénérescence fibreuse;

4° *L'artério-sclérose d'origine syphilitique.* « A côté, disent Charrier et Klippel, des artérites se révélant anatomiquement comme spécifiques, on peut créer un groupe dans lequel viennent se ranger les lésions banales d'artério-sclérose et dans lequel le criterium anatomique fait défaut. Cependant l'origine syphilitique de ces lésions laisse peu de place au doute en raison d'un ensemble de conditions qui peuvent se trouver réunies chez un même sujet ».

Comment évoluent les lésions dans les artériopathies syphilitiques? Heubner avait cru pouvoir localiser le début du processus à l'endartère. Il avait remarqué, en effet, à la surface interne de l'artère, la prolifération des cellules endothéliales qui se superposaient en couches aplaties et finissaient par rétrécir le calibre du vaisseau ; ce ne serait

que plus tard que l'inflammation se communiquerait aux autres tuniques. Certains auteurs ont admis cette opinion. MM. JOFFROY et LÉTIENNE (1) ont rapporté un cas d'artérite gommeuse du tronc basilaire, terminée par un thrombose dans lequel de petites gommes s'étaient développées au niveau de l'endartère où se trouvaient les lésions les plus accentuées.

Cependant, tous les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. D'après M. LANCEREAUX, c'est par la gaine endothéliale ou par la tunique externe que débutent les lésions; cette dernière s'épaissit et présente de petites nodosités jaunâtres qui se propagent plus tard à la tunique interne. BAUMGARTEN émet une opinion analogue.

La question ne peut être tranchée d'une façon absolue, et M. LANCEREAUX (2) lui-même ajoute qu' « il est difficile de dire exactement dans quelle tunique commence l'artérite syphilitique, car le plus souvent les tuniques interne et externe sont simultanément altérées. »

Nous devons maintenant nous demander si toutes les lésions attribuées à l'artérite syphilitique doivent bien être mises sur le compte de la syphilis. M. le professeur CORNIL (3) faisait remarquer que les lésions décrites par HEUBNER pouvaient se rencontrer « dans toute inflammation chronique scléreuse du tissu conjonctif », et il ajoutait que les caractères que l'on croyait propres à l'artérite syphilitique se retrouvaient dans d'autres artérites, certaines de ces dernières n'ayant pas plus que les artérites syphilitiques de tendance à la dégénérescence graisseuse et certaines artérites syphilitiques anciennes pouvant présenter des parties en voie de dégénérescence calcaire.

D'après M. le professeur RAYMOND (4), « la lésion gommeuse décrite par BAUMGARTEN est la seule caractéristique de l'artérite syphilitique. Quant à l'endartérite oblitérante

(1) JOFFROY et LÉTIENNE : *Arch. de méd. exp. et d'anat. path.*, 1891.

(2) LANCEREAUX : *Gazette hebd.*, 1882, v° 39, p. 641.

(3) CORNIL : Leçons sur la syphilis, Paris, 1879.

(4) RAYMOND : Contrib. à la syphilis du syst. nerv. *Archives de Neurol.*, 1894, n°s 83 et 84.

de Heubner, elle n'a aucun caractère spécifique. Dans la syphilis, elle n'a pas un aspect différent de l'endartérite consécutive à une périartérite quelconque. Cependant, lorsqu'elle se vascularise, elle peut à son tour être envahie par des formations gommeuses. »

Si l'on ne peut nier aux nodules gommeux siégeant sur les parois artérielles une origine spécifique, il est tout au moins permis de supposer, qu'en l'absence de ces lésions la syphilis, probablement agissant alors par sa toxine, est capable de produire les lésions de l'artéro-sclérose (Charrier et Klippel). La syphilis, dit M. Brault (1), peut, à elle seule, provoquer des artérites de toutes les variétés pour ainsi dire, depuis la plaque isolée, jusqu'à l'anévrysme, en passant par des formes beaucoup plus rapides et plus envahissantes. Cependant il faut se garder de mettre sur son compte des lésions banales de sclérose artérielle qui, même chez les syphilitiques, peuvent relever d'une autre cause.

En dehors de la dilatation anévrysmale et de l'oblitération par thrombose qui sont l'aboutissant des altérations ultimes de l'artérite syphilitique, nous devrons nous demander quel est le rôle de l'artérite syphilitique sur les lésions nerveuses qui l'accompagnent. Cette étude touche aux grands problèmes de la nature des affections dites para-syphilitiques.

Lèpre. — Quoique les lésions vasculaires et nerveuses de la lèpre soient très accentuées, nous ne savons rien de bien précis sur les rapports qu'elles affectent entre elles. Peut-être, dans la névrite lépreuse, où le bacille de Hensen a été retrouvé, ces lésions relèvent-elles d'une même cause : la névrite paraît, en effet, avoir pour cause l'action directe du bacille sur les éléments nerveux.

Syringomyélie. — Nous devons placer ici la syringomyélie qui sera peut-être un jour rangée parmi les maladies infectieuses (Zambaco, Babinski) (2).

Qu'elle revête la forme gliomateuse ou la forme de

(1) Brault : *Loc. cit.*, p. 119.
(2) In *Traité de médecine*, VI, p. 777.

myélite péri-épendymaire (Joffroy et Achard), on trouve à la périphérie du tissu morbide des artérioles qui présentent tous les phénomènes de l'artérite. Faut-il attribuer à l'épaississement de leurs parois et à l'ischémie qui en résulte la nécrobiose des points mal irrigués et les formations cavitaires ? Cette théorie, qui mettrait la lésion nerveuse sous la dépendance de la lésion vasculaire, n'a pas reçu confirmation.

Morve. — Dans les nodules morveux on peut rencontrer des altérations vasculaires. Nous ne pensons pas qu'on puisse leur attribuer les lésions nerveuses (pachyméningites, etc.) qu'on peut rencontrer en pareil cas.

Infections expérimentales. — L'inoculation de certaines cultures dans le sang peut, même sans lésion préalable des vaisseaux, produire des localisations primitives sur l'endartère.

MM. Gilbert et Lion ont ainsi pu déterminer des lésions d'artérite sur l'aorte de lapins inoculés avec un bacille recueilli sur des valvules atteintes d'endocardite infectieuse. MM. Charrin et Laborde (1) ont montré que l'infection pyocyanique expérimentale chronique du lapin peut produire au niveau de l'encéphale des raptus hémorrhagiques disséminés. Au niveau des foyers de congestion on rencontrait des pinceaux vasculaires très prononcés, localisés en divers points.

3° Auto-intoxications. — *Arthritisme.* — Pour nous conformer à l'usage, nous rangerons au nombre des auto-intoxications la diathèse arthritique et les affections diverses qu'elle commande : diabète, goutte, gravelle, obésité, etc., en un mot toutes celles qui ont été groupées par M. Lancereaux sous le terme générique d'herpétisme.

Sans discuter la nature de ces affections, nous remarquerons que dans toutes il est une lésion des artères qui se retrouve avec une telle fréquence, qu'elle a pu être considérée comme faisant partie du cortège pathologique

(1) Charrin et Laborde : *Soc. de biologie*, 1890.

de l'arthritisme; c'est l'artério-sclérose dont une des modalités principales est l'athérome. Cette influence de l'arthritisme sur les maladies du système vasculaire, admise par de nombreux auteurs, ne nous paraît pas reposer sur des preuves indiscutables. Comment pourrait-on comprendre, en effet, qu'une dyscrasie puisse dans une artère, donner lieu à des lésions qui sont souvent, au début, tout à fait circonscrites en certains points de l'endartère et qui, dans les formes les plus graves, laissent toujours en quelques points du système vasculaire des parties absolument normales? Comment expliquer que ces lésions procèdent par zones? (Lécorché (1), Charcot, Brault.)

Il n'est pas impossible que sur un terrain prédisposé, le système vasculaire, très sensible aux toxiques, peut-être même aux leucomaïnes, ne soit facilement lésé par eux; mais comment admettre alors que, dans une même artère, il y ait des parties absolument respectées à côté des lésions athéromateuses les plus graves? N'est-on pas autorisé, vu les grandes anomalies des lésions athéromateuses, avec celles que produisent les maladies infectieuses, à émettre l'hypothèse que ces lésions localisées peuvent relever d'un processus infectieux? Leur fréquence chez les arthritiques pourrait être facilement expliquée par une prédisposition particulière commandée par la diathèse.

Cette hypothèse pourrait s'accorder avec une théorie récemment soutenue par M. Brault, d'après laquelle l'artério-sclérose généralisée ne serait pas, comme l'admettent beaucoup d'auteurs, une affection autonome, envahissant successivement tout l'arbre artériel et tenant sous sa dépendance des lésions plus ou moins chroniques de divers organes (cœur, rein, cerveau). Elle rendrait compte également de ce fait que, dans ces affections organiques, les lésions vasculaires et les lésions parenchymateuses peuvent coïncider dans divers territoires, alors que dans les territoires voisins on retrouve des artères normales et des cellules nobles normales. « En portant l'attention, dit

(1) Lécorché : Thèse agrég., Paris, 1869.

M. Brault (1), sur la longue série des réactions inflammatoires chroniques que présente un organe, on relève de nombreuses preuves qu'il y a souffrance et lésions simultanées des principaux éléments qui entrent dans sa composition. — Ces lésions conjonctives et glandulaires sont toutes deux subordonnées à l'irritation *localisée au point précis* où ces lésions s'observent. » Le fait de retrouver *la sclérose artérielle* chez les arthritiques n'implique pas que cette sclérose, de même que la sclérose des divers organes qui peut accompagner celle des artères, doive être mise sur le compte de la diathèse. Un processus local permet de rendre compte de ces deux ordres de lésions.

A ce point de vue nous pouvons faire une remarque au sujet de la pseudo-paralysie générale arthritique décrite par M. Klippel, c'est que dans ces cas d'athérome cérébral, les lésions des cellules nerveuses paraissent évoluer de pair avec les lésions artérielles : « dégénérescence graisseuse intense des parois des capillaires et des artérioles d'une part, et d'autre part processus atrophique intense des cellules cérébrales, celles-ci étant transformées en corps granuleux à granulations très grosses (2). » Nous pouvons ajouter que ces lésions ne sont pas généralisées, qu'à côté de territoires lésés il y a des territoires normaux, et que cette localisation du processus morbide ne semble pas pouvoir s'accorder avec la nature purement diathésique de la maladie.

Nous venons d'étudier le rôle des diverses maladies infectieuses, des intoxications, des auto-intoxications. Les conclusions que nous pouvons dégager de cette étude sont les suivantes :

La plupart des maladies infectieuses peuvent se localiser primitivement sur les artères. Pour les substances toxiques, l'action directe paraît moins bien établie, quoique probable. « Cependant, l'artérite établie, il semble difficile de leur refuser une influence manifeste, alors même

(1) Brault : Artérites et Scléroses, p. 160.
(2) Klippel : *Rev. de méd.*, 1892, p. 282.

qu'elles n'auraient qu'une action très affaiblie sur des vaisseaux non altérés (Brault) (1). » Pour les auto-intoxications, l'action est douteuse ; il est toujours permis, en effet, de se demander si dans ces affections arthritiques l'artérite ne doit pas être mise bien plutôt sur le compte d'une infection secondaire ou associée que sur le compte de la diathèse.

II. — Étude étiologique des Artérites dans les affections propres au système nerveux

Pour la commodité de la description, nous étudierons les artérites dans les affections organiques du système nerveux et dans les affections de nature indéterminée dont pour la plupart, on ignore les lésions, et qui sont encore désignées sous le terme vague de névroses.

1° Affections inflammatoires diffuses de l'axe cérébro-spinal. — *Encéphalo-myélites.* — La nosologie de ces affections est tout entière à créer. Les nombreuses divergences qui existent entre les auteurs au sujet des formes plus ou moins mal délimitées de ces affections, d'autre part la continuité anatomique de tout le système cérébro-spinal ne permettent guère d'isoler d'une façon précise des formes encéphaliques, bulbaires, médullaires. De plus, aucune de ces lésions n'est plus particulière à l'enfant ou à l'adulte, et les caractères d'acuité ou de chronicité sont trop relatifs pour permettre d'établir des divisions. Tout au plus, pour la commodité de la description, pouvons-nous réunir ces affections en invoquant deux caractères constants : le défaut de systématisation et le caractère franchement inflammatoire des lésions. Aussi ce n'est que provisoirement que nous grouperons toutes ces formes sous le nom d'encéphalo-myélites inflammatoires diffuses, en attendant que la bactériologie et les recherches histologiques aient déterminé leur véritable nature.

(1) Brault : *Loc. cit.*, p. 128.

Les inflammations aiguës de l'encéphale (encéphalites aiguës) s'observent, en effet, dans les maladies les plus diverses : rhumatisme, variole, fièvre typhoïde, pneumonie, phtisie aiguë, etc. Peut-être le délire aigu doit-il être considéré comme une encéphalite infectieuse aiguë de nature indéterminée. — L'*encéphalite congénitale* de Virchow n'est pas une affection nettement déterminée et rien ne prouve d'ailleurs qu'elle ne puisse dériver d'une infection plus ou moins cachée. — L'*encéphalite aiguë des enfants*, de Strumpell, et l'*encéphalite aiguë hémorrhagique* du même auteur, la *polioencéphalite aiguë hémorrhagique* de Wernicke ne sont peut-être que des manifestations encore peu connues d'une localisation encéphalique d'un élément ou de différents éléments pathogènes encore indéterminés.

Les *abcès du cerveau* de leur côté reconnaissent certainement une cause infectieuse, avec cette différence que là l'inflammation aboutit à la formation d'une collection purulente.

Ce que nous venons de dire pour les encéphalites aiguës, nous pourrions le répéter pour les encéphalites chroniques, *sclérose encéphaliques primitives de l'enfance*, certaines formes de *porencéphalie*, qui reconnaissent peut-être aussi comme cause un agent pathogène agissant avec moins d'intensité.

On comprend dès lors quelles sont les difficultés lorsqu'il faut tracer le rôle des lésions vasculaires et particulièrement artérielles qui accompagnent toutes ces formes. Et cependant, la présence du processus hémorrhagique atteste la participation de l'élément vasculaire à l'inflammation.

Il en est de même pour les lésions du bulbe et de la moelle. Quantité de myélites aiguës reconnaissent pour cause des maladies infectieuses : tuberculose, syphilis, blennorrhagie, variole, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, érysipèle, infections micrococciques secondaires diverses, etc., et les divisions que l'on a établies parmi ces affections si disparates, ne reposent pas encore sur des bases solides. Les *polioencéphalites aiguës et subaiguës*, les *myélites bulbaires aiguës*, la *polioencéphalite supérieure hémorrhagique*

de WARNICKE, les *myélites aiguës*, les *myélites chroniques* et peut-être la *syringomyélie* n'ont point de pathogénie indiscutable.

Si nous faisons remarquer que les mêmes causes peuvent retentir à la fois sur le cerveau, sur le cervelet, sur le bulbe et sur la moelle et engendrer dans tout le névraxe des manifestations de même nature, nous serons sans doute autorisés à réunir toutes ces formes dans l'étude générale des altérations artérielles que l'on peut y rencontrer.

D'une façon générale, l'on peut dire que dans les inflammations diffuses de l'encéphale et de la moelle, les phénomènes qui prédominent du côté des vaisseaux sont des phénomènes congestifs communs a toute inflammation. On a constaté, en effet, l'épaississement des parois des petits vaisseaux, l'accumulation abondante des leucocytes dans leurs gaines périvasculaires. Il résulte de ces lésions de fréquentes hémorrhagies capillaires et des foyers de ramollissement; mais en dehors des lésions des petits vaisseaux, il n'existe pour ainsi dire pas d'artérite au niveau des artères d'un certain volume. Ce fait plaide en faveur de l'action d'une même cause, probablement un agent infectieux, agissant à la fois sur l'élément noble et sur l'élément vasculaire et aboutissant finalement à la sclérose de l'organe. Nous ne croyons pas qu'il soit actuellement possible d'affirmer que c'est plutôt par les vaisseaux que débute le processus.

Dans les cas où l'on trouve des lésions athéromateuses des artères, il faut se garder de faire trop vite intervenir une relation de cause à effet, car ces lésions ne sont pas constantes. Cependant on ne peut nier que la *sclérose artérielle* ne soit dans beaucoup de ces cas l'aboutissant naturel d'une infection qui n'est pas nécessairement limitée *primitivement* aux parois des artères.

Comme intermédiaires aux lésions précédemment décrites et aux maladies nettement systématisées, nous devons placer ici la *paralysie spinale infantile*, la *paralysie spinale aiguë de l'adulte*, les *polioencéphalites inférieure (paralysie*

bulbaire progressive) et *supérieure (ophtalmoplégie nucléaire progressive)*, peut-être les *polioencéphalites hémorrhagiques* de WARNICKE et de STRUMPELL. Toutes ces affections, probablement de nature infectieuse, quoique différant des affections dégénératives qui vont suivre, sont caractérisées par un caractère commun; c'est la prédominance très marquée des lésions sur la substance grise motrice du névraxe (neurones moteurs).

Cette localisation du processus inflammatoire aux cornes antérieures de la moelle et aux noyaux moteurs du bulbe et de la protubérance (CHARCOT) a été diversement interprétée. Pour CHARCOT (1), les lésions conjoncto-vasculaires sont secondaires. Pour d'autres auteurs, ce serait la distribution des lésions artérielles qui règlerait la topographie des lésions. Cette opinion, soutenue en France surtout par M. PIERRE MARIE (2), mérite d'être prise en considération. M. MARIE a en effet montré que dans la paralysie infantile ce sont surtout les artères radiculaires antérieures qui présentent les lésions les plus accentuées. Ce fait, qui semble mettre la lésion nerveuse sous la dépendance de la lésion vasculaire au point de vue topographique, n'implique pas nécessairement que la maladie ait débuté par une lésion de l'artère nourricière. Nous verrons plus loin que l'on peut, au contraire, considérer cette dernière lésion comme une conséquence du processus morbide et admettre que c'est seulement par propagation ultérieure de l'inflammation aux tuniques artérielles qu'un thrombus fibrineux peut parfois déterminer dans le territoire irrigué par le vaisseau des lésions de ramollissement inflammatoire beaucoup plus manifestes.

D'ailleurs, ce ne sont pas à proprement parler de véritables artérites que l'on rencontre dans ces affections. Les plus petits vaisseaux sont souvent seuls lésés et ne semblent pas présenter des altérations différentes de celles qu'ils présentent d'habitude au voisinage des foyers d'inflammation vulgaire.

(1) CHARCOT : Maladies du syst. nerv., 1877, p. 186.
(2) MARIE : Leçons sur les maladies de la moelle, 1892.

2° Affections inflammatoires dégénératives systématisées. — Dans l'étude des affections dégénératives systématisées, nous admettons les divisions établies par Klippel (1) d'après les localisations primordiales des lésions sur les divers systèmes de neurones.

A. *Dégénérescence primitive des neurones moteurs.* — Si nous devons considérer la *myopathie primitive progressive* comme une affection de la fibre musculaire, elle ne doit pas rentrer dans notre étude. Nous en rapportant cependant à certaines formes de la maladie de Duchenne, l'*atrophie musculaire progressive*, qui peuvent être considérées comme des dégénérescences primitives du téléneurone moteur, nous avons à étudier le rôle des altérations vasculaires qui les accompagnent. Là encore ce sont des lésions banales de l'artérite qui ne diffèrent en rien des lésions inflammatoires vulgaires : épaississement des parois des artérioles, accumulation des leucocytes dans les gaines péri-vasculaires. Il est encore probable que dans ces formes de poliomyélites chroniques, même processus doit être invoqué comme produisant simultanément des deux ordres de lésions.

Nous pouvons en dire autant des affections qui ont pour cause la dégénérescence primitive de l'archineurone moteur, des *tabes dorsaux spasmodiques* (Erb, Charcot, Little) et de celles qui résultent de la dégénérescence simultanée de l'archineurone moteur (faisceau pyramidal) et du téléneurone moteur : *sclérose latérale amyotrophique*. Pour cette dernière, « on pourrait supposer, dit M. Pierre Marie (2), que ce sont là des lésions primitivement vasculaires qui, portant leur action sur la substance grise de la moelle et des circonvolutions, amènent la dégénération des éléments nerveux. »

M. Brissaud (3) croit, au contraire, que « les lésions artérielles de la substance grise sont postérieures en date à l'atrophie cellulaire. » Il fait en outre remarquer qu'il

(1) Klippel : Les Neurones. *Arch. de Neurologie,* 1896, p. 428.
(2) Marie : in *Traité de médecine,* t. VI, p. 351.
(3) Brissaud : Leçons sur les maladies nerveuses, 1893-94, p. 36.

est d'ailleurs impossible que ces lésions vasculaires n'existent pas.

B. *Dégénérescence primitive des neurones sensibles.* — L'origine du *tabes vulgaire*, tabes exagène, dégénérescence primitive du téléneurone sensible, situé dans le ganglion rachidien, a donné lieu à de très nombreuses interprétations.

Bien que les vaisseaux n'offrent pas d'altérations différentes de celles qu'ils présentent dans les formes précédentes, certains auteurs (Ordonez, Adamkiewicz, Buzard, Déjerine) ont voulu en faire une sclérose vasculaire systématisée sous la dépendance des lésions des artères nourricières. On tend de plus en plus aujourd'hui à considérer le tabes comme une affection parenchymateuse (Strümpell, Pierret, Joffroy, Klippel, Marie). La participation plus ou moins complète du téléneurone sensible et des archineurones sensibles, *maladie de* Friedreich, *tabes endogènes* (Jendrassik), rendrait bien compte des formes différentes de la maladie (Klippel). Dans tous les cas, ces altérations artérielles paraissent de plus en plus devoir être rejetées au second plan et n'être que concomitantes de la lésion nerveuse. D'ailleurs, ces altérations artérielles sont banales : elles consistent en épaississement des parois des vaisseaux, accumulation de leucocytes dans les gaines peuvasculaires, comme dans toutes les inflammations vulgaires. Il semble que l'on puisse soutenir que la lésion nerveuse et la lésion vasculaire soient sous la dépendance simultanée d'une même cause, infectieuse peut-être.

C. *Dégénérescence des neurones psychiques.* — Les dégénérescences primitives des neurones psychiques qui donnent lieu au tableau symptomatique de la démence sont encore très peu connues, ainsi que les altérations artérielles qui les accompagnent. Elles ne peuvent encore être l'objet d'une étude spéciale. Il semble cependant que, notamment pour les psychoses séniles, on doive se garder d'attribuer à l'athérome les lésions nerveuses que l'on constate. La régression sénile des circonvolutions fait bien plutôt partie du cortège de la vieillesse que les lésions athéromateuses

des artères cérébrales, qui peuvent faire absolument défaut dans des cerveaux de sujets très âgés.

Nombre de psychoses aiguës, dans lesquelles on doit faire rentrer une bonne partie des cas de délire aigu, nous paraissent devoir entrer dans cette catégorie d'encéphalites primitives. Dans ces cas, on peut trouver non seulement des lésions congestives de l'écorce, mais de véritables lésions inflammatoires. CALMEIL, qui avait déjà étudié ces lésions, avait constaté soit dans les parois vasculaires tuméfiées, soit dans la substance cérébrale, l'accumulation en grande quantité d'éléments granuleux. GOTTFRIED JEHN (1) a trouvé en même temps, du côté du cerveau et de la moelle, des lésions dégénératives très accusées des cellules nerveuses.

Il semble bien que l'on soit ici en présence de lésions inflammatoires véritablement infectieuses, d'autant plus que dans certains cas les lésions ne restent pas cantonnées au système nerveux.

« Lorsqu'on relève de vraies lésions inflammatoires, dit M. GILBERT BALLET, il est bien possible qu'on se trouve en face de formes aiguës de la paralysie générale (2). »

Si l'on rapproche ces faits de cas de paralysies générales aiguës, étudiées par BEAU (3) et ZACHER (4), on peut les considérer comme des intermédiaires établissant une transition toute naturelle entre ces formes et la paralysie générale que nous allons maintenant aborder.

3° AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DÉGÉNÉRATIVES COMPLEXES. — *Paralysie générale.* — Nous avons ailleurs (5) désigné la paralysie générale sous la dénomination de *neuronie primitive diffuse.* Nous aurions pu dire, pour plus de précision, polyneuronite ; en effet, tous les systèmes de neu-

(1) GOTTFRIED JEHN ; *Arch. fur Psych.*, 1888, VIII, p. 594.

(2) COULON : Considérations sur la nature de la paralysie générale, *Thèse de Paris*, 1896.

(3) GILBERT BALLET : in *Traité de médecine*, p. 1121.

(4) BEAU : *Annales méd.-psych.*, 1852, IV, p. 271.

(5) ZACHER : *Neurol. centralblatt*, 1891.

rones, non seulement cérébraux, mais bulbaires et médullaires, peuvent être simultanément ou successivement atteints. Ces lésions cellulaires ont-elles quelque rapport avec les altérations vasculaires que l'on observe au cours de la maladie ?

Calmeil, Weld, Rokitanski, Salomon, Westphal, Magnan, Mierjewski, Mendel, etc., ont étudié les altérations vasculaires au cours de la paralysie générale. En dehors des cas de paralysie générale survenus chez des sujets déjà porteurs de lésions vasculaires (artérites gommeuses ou athéromateuses), les lésions rencontrées dans les formes pures ne sont pas différentes des lésions inflammatoires vulgaires. Elles sont caractérisées au début par de l'ectasie de capillaires, une leucocytose active dans les gaines périvasculaires, plus tard, par l'épaississement sclérosique des parois des artérioles.

M. Klippel (1) a étudié le rôle de l'artérite dans les érosions typiques de la paralysie générale. En dehors de toute trace d'athérome des artères de la base, les artérioles de la substance corticale présentent leurs altérations les plus marquées au niveau d'une zone qui correspond le plus souvent de la couche des petites cellules pyramidales et où est le siège du ramollissement qui cause l'érosion. Là les lésions des vaisseaux « se présentent avec l'aspect de ce qu'on voit dans les inflammations dégénératives et aussi avec celui qui caractérise les inflammations non suppurées, se rapprochant aussi davantage des lésions aseptiques expérimentales. » La gaine lymphatique est remplie de cellules rondes, les unes normales, d'autres remplies de granulations graisseuses, d'autres de granulations pigmentaires.

Sur la portion de substance corticale restant adhérente aux méninges, on trouve une inflammation plus ou moins intense, avec des capillaires altérés, infiltrés de cellules rondes et présentant des dilatations qui représentent des anévrysmes miliaires. On trouve aussi l'altération thrombosique de ces vaisseaux.

(1) Klippel : *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 635.

Dans les bords de l'érosion, les vaisseaux sont exsangues et nullement enflammés, du moins pour la plupart.

Ces lésions ont, en somme, les plus grands rapports avec des lésions inflammatoires vulgaires.

De nombreux auteurs, faisant jouer dans la paralysie générale le principal rôle aux lésions conjonctivo-vasculaires, leur ont subordonné les lésions nerveuses (Salomon, Magnan, Mendel, etc.). Nous appuyant sur des travaux de Meschede, de MM. Joffroy, Klippel, Pierret, Zacher, nous avons donné les raisons qui nous faisaient nous rallier à une autre théorie, celle qui fait de la paralysie générale une affection primitivement parenchymateuse (1). Il n'est d'ailleurs pas impossible que, dans une maladie aussi diffuse, les parois des capillaires ou des espaces lymphatiques ne subissent dès l'origine l'action nocive de la cause pathogène toxique ou vraisemblablement infectieuse, dont la nature reste encore à déterminer. Cette hypothèse serait un trait d'union possible entre deux théories opposées; mais ce qui nous semble actuellement inadmissible, c'est que dans les formes pures de paralysie générale il puisse exister des lésions vasculaires, même peu avancées, sans altération des cellules nerveuses.

4° Scléroses combinées. — Devons-nous placer à côté de la paralysie générale les scléroses combinées de la moelle qui atteignent en même temps plusieurs systèmes de neurones? Il est probable que beaucoup de ces formes doivent rentrer dans les catégories déjà décrites, quelques-unes, par exemple, dans la paralysie générale. Au reste, pour ces scléroses dans lesquelles les lésions des faisceaux blancs sont bien plus connues que celles de leurs centres cellulaires, il semble que l'on ait affaire à des affections qui n'ont d'autre raison d'existence que la difficulté où l'on est de les faire rentrer dans des groupes pathologiques bien déterminés. Que dire alors, pour des affections qui n'ont ni anatomie pathologique, ni étiologie, ni symptomatologie bien distinctes, des théories qui ont été émises sur leur

(1) Coulon : *loc. cit.*, 1896.

origine? Nous sommes ici sur un terrain mouvant. Est-ce aux lésions artérielles, comme le pense M. MARIE (1), que l'on doit rapporter la topographie des lésions? On ne peut nier que les lésions ne se rencontrent de préférence au niveau de certains territoires vasculaires (cordons postérieurs et cordons latéraux), mais on est toujours en droit de se demander pourquoi, si la lésion vasculaire est primitive, c'est tout un groupe d'artérioles, une multitude d'artérioles qui se trouvent lésées sur une plus ou moins grande partie de la hauteur de la moelle; pourquoi ces artérioles qui ne présentent, en somme, aucune différence anatomique avec celles des territoires respectés, et qui s'anastomosent largement avec ces dernières à la périphérie de la moelle, peuvent déterminer dans l'intérieur de l'organe des lésions en apparence systématisées. On le voit, il n'est encore possible de faire à ce sujet que des hypothèses.

5° LÉSIONS DISSÉMINÉES. — *Sclérose en plaques.* — « La véritable cause de la sclérose en plaques, et peut-être la seule, dit M. PIERRE MARIE, consiste dans l'infection ou mieux dans les infections. » Cette étiologie fait pressentir que nous retrouverons dans les plaques de sclérose des lésions du tissu conjonctif et des lésions vasculaires. En effet, les artères présentent un processus inflammatoire assez manifeste. Souvent même le vaisseau sclérosé occupe le centre de la plaque. Ce fait suffit-il pour donner la preuve de l'origine vasculaire des lésions comme le pense M. PIERRE MARIE? Peut-on, pour appuyer cette théorie de l'origine vasculaire, mettre en avant ce fait que les cylindraxes qui traversent la plaque sont respectés? nous nous contenterons ici de poser la question.

Porencéphalie, syringomyélie. — Dans le chapitre des lésions disséminées, nous devons réunir la porencéphalie et la syringomyélie que l'on a généralement tendance à envisager, dans certaines de leurs formes du moins, comme d'origine gliomateuse. Autour du gliome se ren-

(1) MARIE : Maladies de la moelle et in *Traité de Médecine*, t. VI, p. 375.

contrent des altérations des artérioles qui consistent dans l'épaissement de leurs parois. Ce fait a permis d'émettre l'hypothèse de l'origine vasculaire des productions gliomateuses.

Il semble cependant que, pour que l'origine artérielle de la lésion fût prouvée, il faudrait qu'il soit établi que le tissu mortifié affecte, comme dans l'infractus, la forme même du territoire irrigué par le vaisseau lésé. N'est-il pas plus probable, au contraire, que le processus de névrogliomatose qui constitue les lésions puisse dépendre d'une cause jusqu'ici inconnue, peut-être infectieuse, qui serait également capable de porter son action sur les vaisseaux?

6° Névroses. — *Épilepsie.* — Peut-être l'infection devra-t-elle encore rendre compte des lésions que présentent les centres nerveux des épileptiques (Marie); on sait en effet que nombre de maladies infectieuses se retrouvent dans la genèse de cette maladie (scarlatine, variole, rougeole, fièvre typhoïde, paludisme, syphilis). Ces diverses infections peuvent laisser leur signature dans le système vasculaire, mais en dehors de ces lésions, les altérations artérielles que l'on retrouve sont en général banales.

Elles ont été étudiées par MM. Blocq et Marinesco, pour l'écorce (1). MM. P. Marie et Richardière leur font jouer un rôle dans l'origine des scléroses lobaires de l'enfance qui s'accompagnent d'accès d'épilepsie.

M. le professeur Jaccoud, Schreder van der Kolk ont cru pouvoir attribuer certains cas d'épilepsie à des lésions vasculaires du bulbe consistant en dilatations et épaississements des vaisseaux profonds. M. Crocq (2) a accusé l'endartérite de l'artère basilaire et de ses branches de produire l'épilepsie chez les vieillards. Greenless (3) a relevé l'épaississement des parois musculaires des vaisseaux et des dépôts pigmentaires à leur voisinage.

Nous sommes si peu fixés sur la nature de l'épilepsie qu'il est bien difficile de faire dans sa genèse la part qui

(1) Voir Ballet : in *Traité de Médecine*, p. 1318.

(2) Cité par Féré : Les Epilepsies et les Epileptiques, 1890.

(3) Duncan Greenless : *Jour. of ment. sc.*, 1885, p. 353.

revient à ces diverses altérations vasculaires. Si la théorie de M. Chaslin doit être admise, et que la lésion primordiale soit une sclérose névroglique, l'épilepsie rentre dans le groupe des affections parenchymateuses, et le rôle des vaisseaux ne doit pas être invoqué, au moins dans la pathogénie de l'épilepsie dite essentielle qui serait considérée alors comme une névrogliose d'évolution

Peut-être les cas où les lésions vasculaires ont pu être incriminées comme cause du syndrome épileptique doivent-ils être considérés comme des cas d'épilepsie symptomatique, et rentrer dans divers autres groupes morbides. Beaucoup de ces cas sont certainement tributaires de l'infection et c'est peut-être à cette dernière qu'il faudra bien souvent rapporter les lésions artérielles.

Hystérie. — Nous avons peu de chose à dire de l'hystérie au point de vue qui nous occupe. Si certaines maladies infectieuses se retrouvent au seuil de l'hystérie, peut-être faut-il simplement leur accorder un rôle de cause occasionnelle, et dans ce cas les lésions vasculaires signalées chez les hystériques seraient simplement associées à la névrose. Tant que la lésion primordiale de l'hystérie sera inconnue, nous ne pourrons faire que des hypothèses.

Neurasthénie. — Les lésions artérielles ont-elles un rôle dans la genèse de la neurasthénie ? M. Régis (1) est tenté de le croire. « Si l'on suit longtemps les neurasthéniques, dit-il, on constate qu'ils finissent absolument comme les artéro-scléreux, c'est-à-dire que la mort survient chez eux du fait de lésions viscérales organiques (néphrite, apoplexie, ramollissement). » Les lésions d'artério-sclérose, très manifestes chez les sujets âgés, auraient besoin d'être recherchées chez les jeunes gens et même chez les adultes.

Une objection toute naturelle à cette théorie est qu'il peut s'agir là d'une simple coïncidence. D'ailleurs nous verrons, avec M. Brault, ce qu'il faut penser de la doctrine de l'artério-sclérose généralisée.

Bien qu'il soit téméraire de faire des hypothèses, nous

(1) Régis : Congrès de Bordeaux. V. *Tribune méd.*, 1895; 33, p. 681.

ne pouvons nous dispenser de faire un rapprochement entre les symptômes généraux de la neurasthénie et ce que nous savons des fonctions du cervelet. Nous devons aussi faire cette remarque que pour les grandes cellules de l'écorce cérébelleuse. en dehors des lésions des cellules de PURKINGE que l'on trouve dans la maladie de FRIEDREICH et qui ne sont pas dégénératives, il n'a pas été décrit à notre connaissance de lésions dégénératives analogues à celles que nous avons rencontrées pour le cerveau, le bulbe et la moelle. Mais nous ne voulons pas nous engager plus loin sur ce terrain.

Quoi qu'il en soit, pour la neurasthénie, comme sans doute pour l'hystérie, il semble rationnel de chercher plutôt du côté des cellules nerveuses que du côté des lésions vasculaires qui peuvent accompagner ces affections.

Chorées. — Névrose cérébro-spinale d'évolution, la chorée aurait pour M. le professeur JOFFROY (1) sa cause dans un développement anormal des différents systèmes de l'appareil moteur. Est-ce à dire que nous ne puissions pas pour les chorées symptomatiques redire ici ce que nous avons dit pour les épilepsies symptomatiques ? Dans certains cas, en effet, la prédisposition semble avoir été mise en branle par un agent infectieux, et certains auteurs, LEREDDE (2), TRIBOULET (3) ont retrouvé des micro-organismes dans le sang des choréïques. D'autre part HENRY BERKLEY (4) (cité par BALLET) rapporte un cas de chorée où des lésions vasculaires plus ou moins généralisées coïncidaient avec les lésions et les symptômes d'une endocardite aiguë infectieuse. MŒBIUS (5) pense également que la chorée est une maladie infectieuse. De fait, les lésions que l'on retrouve chez les choréïques, soit du côté des vaisseaux, soit du côté du système nerveux, sont banales. On constate, dans

(1) JOFFROY : *Progrès médical*, 1885 ; *Journal de méd. et de ch. prat.*, 1891 ; *Sem. méd.*, 1892 et 1893.

(2) LEREDDE : *Revue mens. des malad. de l'enf.*, mai 1891.

(3) TRIBOULET : Thèse, Paris, 1893.

(4) HENRY S. BERKLEY : The John Hopkins. Hosp. Rep., août 1891.

(5) MŒBIUS : Manuel, mars 1893.

les cas aigus, de l'hypérémie intense avec infiltration leucocytique des gaines péri-vasculaires et petits foyers hémorrhagiques et de ramollissement (Dana (1), cité par Ballet (2). De tous ces faits, il résulte que, en dehors des cas où la chorée ne présente pas de lésions vasculaires appréciables (névrose d'évolution), il existe des cas de chorée symptomatique dans lesquels on retrouve des lésions vasculaires et des lésions nerveuses qui paraissent être concomitantes et sous la dépendance d'une même cause, le plus souvent infectieuse.

Paralysie agitante. — Pour Koller (3) cité par Brissaud, la lésion de la paralysie agitante, serait une sclérose des tuniques artérielles localisée surtout aux cordons postérieurs. D'après Dana, il existerait des lésions de même nature dans l'écorce cérébrale. Ne devons-nous pas exiger tout au moins la constance de ces lésions pour leur accorder un rôle de cause à effet ?

Nous en aurons fini avec cette longue énumération lorsque nous aurons dit que, pour le *Goître exophtalmique*, l'*Acromégalie*, le *Mixœdème*, la *Maladie de Thomsen*, l'*Athétose*, on ne connaît pour ainsi dire rien du rôle des lésions artérielles que l'on rencontre parfois dans ces affections.

CHAPITRE II

DIVISIONS ANATOMIQUES

Symptomatologie

Nous avons recherché, au point de vue étiologique, quelles sont les maladies du système nerveux dans lesquelles l'artérite peut jouer un rôle, et nous avons vu que

(1) Dana : Text book of nerv. dis., New-York, 1892.
(2) Ballet : *Traité de Médecine*, VI, p. 1219.
(3) Koller : *Arch. f. pathol. Anat.*, CXXV, 2, 1892.

des lésions artérielles peuvent se rencontrer dans des affections de nature et d'origine les plus diverses. Nous avons vu également qu'il n'est guère de partie du système nerveux où l'on ne puisse les rencontrer.

Parmi ces lésions, les unes évoluent lentement, se cantonnent dans les parois artérielles, diminuant leur élasticité, rétrécissant leur calibre, mais ne donnant lieu à aucune complication. D'autres, au contraire, déterminent des phénomènes secondaires : dilatations anévrysmales, oblitérations thrombosiques, qui peuvent provoquer dans les centres nerveux des altérations secondaires, hémorrhagies, foyers de ramollissement. Ce sont ces complications qui font partie du véritable cortège de l'artérite et que nous allons maintenant étudier.

Nous devons toutefois faire remarquer que toutes les parties d'une même artère ne sont pas sujettes à la même altération avec la même fréquence ; que les gros troncs, les branches, les capillaires constituent autant de points de prédilection pour telle ou telle lésion et que de la localisation même de ces lésions dépend non seulement l'anatomie pathologique, mais la symptomatologie d'un grand nombre d'affections du système nerveux.

Nous nous proposons d'étudier dans le présent chapitre les localisations morbides que présentent les artères des centres nerveux dans les différents points de leur trajet et, chemin faisant, nous exposerons brièvement quelques-uns des principaux symptômes qui dépendent de ces localisations.

§ I. — Artérites de l'encéphale

A. Artérites de la base de l'encéphale. — 1° ANÉVRYSMES. — Les artères de la base, les carotides, l'artère basilaire, les artères du cercle de WILLIS sont des sièges de prédilection pour la formation de tumeurs anévrysmales. VIEUSSENS, MORGANI, SANDIFORT 1778, HODOGSON 1818, SERRES 1826, NEBEL d'Heidelberg 1834, ALBERT de Bonn, BRINTON 1851, LEBERT 1857, GULL 1859, GRIESINGER 1862,

Ogle d'Oxford 1865, Gougenheim 1866 (1), etc., ont bien étudié ces lésions.

Sur 161 cas réunis par Lorber (2) et par Gougenheim, l'anévrysme siégeait 49 fois sur l'artère basilaire, 35 fois sur la cérébrale moyenne, 25 fois sur la carotide interne, 18 fois sur la cérébrale antérieure, 12 fois sur la communicante postérieure.

Les causes que l'on peut reconnaître à l'anévrysme sont multiples : la syphilis, l'athérome peuvent lui donner naissance.

M. le professeur Fournier avait déjà fait pressentir la possibilité de l'origine syphilitique de certains anévrysmes. « Peut-être, dit-il, ces lésions artérielles de la syphilis servent-elles d'origine à des dilatations anévrysmales, à des hémorrhagies cérébrales ou méningées (3). »

Lancereaux (4) en avait rapporté des observations ; il avait noté la rupture de l'artère basilaire. Steenberg, cité par Spillmann, a noté la dilatation anévrysmale de la carotide droite. Corvisart croyait aussi à l'influence de la syphilis. Depuis, les observations se succèdent. Blachez note l'anévrysme du tronc basilaire, Jackson de la cérébrale gauche antérieure, Muller de la sylvienne gauche, Russel du tronc basilaire et de la cérébrale moyenne, J. Cunningham Russel de la bifurcation de la carotide gauche, Macleod du tronc basilaire, Mlle Stwortzoff de la sylvienne gauche, Spillmann du tronc basilaire et des artères de l'hexagone. Knight (5) rapporte à la syphilis la moitié des cas d'anévrysmes intracaniens.

M. Spillmann (6) donne les caractères particuliers de ce genre de dilatations anévrysmales. « La tunique externe, dit-il, est enflammée, principalement dans ses parties superficielles. Dans bien des points la tunique moyenne est

(1) Gougenheim : Thèse, Paris, 1866.

(2) Lorber : Thèse de Paris, 1866.

(3) Fournier : La syphilis du cerveau, p. 47.

(4) Lancereaux : Des affections nerveuses syphilitiques, Paris, 1860, *observation* 121.

(5) Knight : *Archiv. of medicin.*, New-York, 1883.

(6) Spillmann : *Ann. de dermat. et syphil.*, Paris, 1886, 2, S. V. I.

à nu dans l'intérieur des vaisseaux; ses fibres sont alors légèrement granuleuses, se dissocient légèrement et flottent même librement. Quant à la tunique interne, la plus malade, sa lame élastique est détachée de la tunique moyenne sur presque toute la circonférence du vaisseau. La paroi vasculaire ainsi altérée, subissant la pression sanguine, peut se distendre et finir par former des dilatations ou des poches anévrysmales, ou bien de petites tumeurs anévrysmales. Ces poches ne sont pas tapissées habituellement de caillots; elles communiquent avec l'artère par un orifice assez petit, soit fissuraire, soit arrondi. » Un fait probant en faveur de l'origine syphilitique de ces tumeurs, c'est que dans nombre de cas on ne trouve pas simultanément des altérations athéromateuses sur les autres artères. Ces poches anévrysmales peuvent parfois se rétracter et s'oblitérer par processus sclérogène ou plus fréquemment, au contraire, se rompre et donner lieu à des hémorrhagies.

La tuberculose ne produit guère d'anévrysmes sur le trajet des plus grosses artères cérébrales; mais l'athérome en est certainement la cause la plus fréquente. L'influence de l'athérome a été admise par Scarpa, Hodgson, Lobstein, Gendrin, Dondus et Jansen. Lebert (1) rapporte un cas d'anévrysme du tronc basilaire qui est le troisième cas d'anévrysme basilaire publié et dans lequel il existait, entre les membranes interne et moyenne, des plaques cartilagineuses qui se retrouvent également sur le tronc basilaire.

Baudon (2), s'appuyant sur un travail de Robin, admet l'athérome comme cause de presque tous les cas d'anévrysmes spontanés.

La poche anévrysmale peut être fusiforme. Le plus souvent la dilatation est partielle et latérale. Les parois, parfois très amincies, présentent le plus souvent un épaississement très marqué, se manifestant dans quelques cas sous forme de bosselures (forme tubéreuse). Il n'est pas

(1) Lebert : *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1836, II, 22.
(2) Baudon : *Thèse de Strasbourg*, 1869.

rare de rencontrer dans leur épaisseur des incrustations calcaires.

Lorber (1) pense que l'athérome est de beaucoup la cause la plus fréquente des anévrysmes intracraniens, et fait remarquer que si certains auteurs ont noté la dégénérescence graisseuse, celle-ci « n'est souvent autre chose qu'une forme de l'athérome. »

Dans un cas de M. Reynier (2) une dilatation anévrysmale de la basilaire, de un centimètre et demi de diamètre, coïncidait avec des lésions athéromateuses de toutes les artères de l'hexagone, des sylviennes, des cérébrales antérieures.

M. Klippel (3) a signalé, coïncidant avec des plaques athéromateuses de l'aorte, des carotides, des sylviennes, une tumeur anévrysmale de la grosseur d'une noix, siégeant sur la communiquante postérieure et dont la structure rappelait celle des anévrysmes miliaires. Il n'y avait pas, cependant, d'anévrysmes miliaires sur les autres artères.

Dans le cas de MM. Klippel et Boeteau (4) un anévrysme de la grosseur d'une grosse noix, ovoïde, occupant la moitié gauche de la basilaire, ne pouvait être rapporté ni à la syphilis, ni à l'artério-sclérose.

Les anévrysmes de la base donnent le plus souvent uniquement lieu à des symptômes de compression, ce qui fait que dans nombre de cas leur symptomatologie se confond avec celle des autres tumeurs cérébrales.

Gougenheim (5) a bien fixé cette symptomatologie.

Elle comprend : 1° Des symptômes communs à tous les anévrysmes : Céphalalgie. — Troubles moteurs : (paralysie progressive ou d'emblée affectant souvent la forme hémiplégique). — Troubles de la sensibilité : (anesthésie ou hypéresthésie). — Troubles psychiques : (troubles de la

(1) Lorber : *Thèse de Paris*, 1866.

(2) Reynier : *Prog. méd.*, Paris. 1880, VIII, 767.

(3) Klippel : *Progrès médical*, Paris, 1882, X, p. 344.

(4) Klippel et Boeteau : *Bull. de la Soc. anat.*, février 1892, p. 81.

(5) Gougenheim : *Thèse de Paris*, 1866.

mémoire, attaques de manie aiguë, parfois démence complète) ;

2° Des symptômes variables suivant le siège de l'anévrysme : a. *Compression de la moelle.*

b. *Compression du bulbe* (Troubles moteurs, troubles respiratoires (1), dysphagie, perte de l'articulation des sons, asphyxie lente).

c. *Compression de la protubérance* (Paralysies des membres inférieurs, troubles du côté de certains nerfs crâniens : moteur externe, strabisme convergent (Gull) — moteur commun, blépharoptose (Gordon) — facial, hémiplégie faciale opposée (Larger).

d. *Communicante postérieure.* (Compressions nerveuses bien déterminées. IIIe paire : blépharoptose immédiate avec strabisme externe (VIe paire) et dilatation fixe de la pupille, — parfois diplopie, peut-être par paralysie du petit oblique, — diplopie par paralysie du grand oblique (Szokalski). — Enfin, affaiblissement de la vue).

Si la tumeur se développe en avant de l'artère, la compression de l'ophtalmique de Willis amène l'engourdissement du front et de la branche sourcilière ; — en arrière, la compression du tronc de la Ve paire amène de l'anesthésie, puis de l'hypéresthésie du côté correspondant du visage, — de la paralysie des masticateurs.

e. *Carotide interne.* (Compression des IIIe et IVe paires, d'où blépharoptose et mydriase, plus de la diplopie et parfois du strabisme externe.)

f. *Cérébrale antérieure.* (Compression des Ire et IIe paires, d'où hémianopsie ou amaurose, quelquefois anosmie, troubles de l'intelligence, céphalalgie frontale.)

g. *Cérébrale moyenne.* (Céphalalgie très profonde et unilatérale. Lorsqu'il y a rupture, hémiplégie correspondant au côté opposé avec, parfois, prolapsus de la paupière du même côté.)

On comprend que la propagation des lésions anévrys-

(1) Cas de Berger, 1869 ; Anévrysme du tronc basilaire s'accompagnant de gêne notable de la respiration. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1869, p. 188.

males aux troncs nerveux puisse déterminer sur eux non seulement des phénomènes de compression, mais de véritables altérations de névrite pouvant amener leur rupture.

Quelle que soit leur origine, les anévrysmes de gros troncs peuvent donner lieu soit à des hémorrhagies, le plus souvent foudroyantes, soit à des thromboses qui déterminent des lésions de ramollissement parfois très étendues.

En dehors des dilatations anévrysmales, les artérites des grosses artères cérébrales peuvent s'accompagner de deux ordres de complications très graves, les ruptures et l'oblitération.

2° Ruptures. — Les ruptures, pouvant se produire au cours des artérites déformantes ou noueuses des artères de l'hexagone, déterminent les hémorrhagies sous-arachnoïdiennes suivies d'attaques apoplectiques subites, le plus souvent mortelles.

3° Oblitérations. — L'oblitération complète d'un gros tronc artériel par coagulation sanguine peut déterminer des foyers de ramollissement très étendus (Gougenheim). C'est parfois le tronc basilaire dont la trombose peut déterminer la mort foudroyante, comme dans les observations de Hayem (1), ou à brève échéance, comme dans les cas de Coyne (2), de Brault (3), etc. Dans le cas de Coyne, non seulement le tronc basilaire, mais la cérébelleuse postérieure et inférieure et la sylvienne droite étaient oblitérées. Hayem rapporte une observation de thrombose basilaire dans laquelle la marche de la maladie permit de supposer que le caillot s'était formé en deux fois : il était divisé en deux parties, l'une périphérique, adhérente, paraissant déjà ancienne, l'autre centrale, plus noire et plus molle.

Enfin, des thromboses peuvent être observées, quoique rarement, dans l'artérite en plaques du paludisme qui,

(1) Hayem : *Archiv. de physiologie*, mars, 1868, p. 270.
(2) Coyne : *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1871, XI-VI, p. 355.
(3) Brault : Les Artérites, p. 48.

comme on le sait, se localise sur les gros troncs. (LANCEREAUX.)

B. **Artérites des artères cérébrales de second ordre.** — En dehors de la rupture et de l'oblitération, accidents que peut précéder ou non de la dilatation anévrysmale, ces artérites ne donnent lieu, la plupart du temps, à aucun symptôme important.

1° RUPTURES ARTÉRIELLES. HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE. — Nous sommes obligés de réunir dans ce chapitre l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale et celle des anévrysmes miliaires dont elle relève le plus souvent.

ABERCROMBIE dit que l'apoplexie est due, dans la plupart des cas, à l'altération crétacée des vaisseaux. SERRES (1819) (1) assure que dans l'apoplexie « une inflammation vive se remarque très fréquemment sur la tunique interne des artères et des veines de l'encéphale. » MOREL dit avoir découvert des lésions athéromateuses dans tous les cas. BRIGHT (2) considère l'apoplexie comme due à des lésions athéromateuses des artères.

BOUILLAUD (1826) (3) déclare que « l'apoplexie est une maladie du système vasculaire de l'encéphale plutôt que de cet organe lui-même » et que les lésions des artères sont des preuves évidentes d'une inflammation artérielle. Sans avoir vu les anévrysmes miliaires, il écrit cependant que « la lésion vasculaire offre la plus parfaite analogie, pour ne pas dire une identité complète, avec l'anévrysme par érosion de SCARPA, ou l'anévrysme spontané de plusieurs chirurgiens français. L'absence de poche anévrysmale, ajoute-t-il, dépend de ce que les artères de l'encéphale ne sont entourées que d'une quantité peu considérable de tissu cellulaire. »

Il est cependant probable que BOUILLAUD n'avait pas vu la poche anévrysmale à cause de sa rupture, mais que les cas qu'il a signalés se rapportaient sans doute à des anévrysmes miliaires.

(1) SERRES : *Annuaire des hôpitaux*, 1819.
(2) BRIGHT : *Encyclop. des sciences méd.*, t. I, liv. VI, 1836, p. 240.
(3) BOUILLAUD : *Soc. méd. d'émulation*, 1826, p. 147.

Andral (1) dit que « si on ne rencontre, dans un grand nombre de cas, aucune trace d'altération vasculaire, bien qu'on ne découvre pas le vaisseau qui a produit l'hémorrhagie, on trouve cependant toujours le système vasculaire dans un état qui n'est point son état normal. La plupart des artères sont transformées en canaux osseux dont les parois, encroûtées de phosphate calcaire, ont perdu toute élasticité. »

Nansky, Grisolle, Valleix, Eulembourg, Niemeyer admettent l'influence de l'athérome dans la production de l'hémorrhagie cérébrale.

Mais la lésion déterminante de beaucoup la plus importante, est *l'anévrysme miliaire.*

Les anévrysmes miliaires ont été signalés par Cruveilhier (1836), Lebert, Calmeil, Gull, Virchow, Gougenheim, Durand qui relate dans sa thèse (1868) un cas de Vulpian et Liouville. Ce sont eux certainement qu'ont étudiés Meynert et Helsch. Mais ce sont surtout Charcot et Bouchard (2) qui en ont fait les premiers l'étude la plus complète et qui ont montré leur rôle dans la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale.

D'après Charcot et Bouchard, ces anévrysmes ne peuvent pas être mis sur le compte de la vieillesse. Ils peuvent également exister indépendamment de toute lésion athéromateuse, de même que l'athérome le plus prononcé se rencontre très souvent sans qu'on trouve dans le cerveau un seul anévrysme. Mais ces deux altérations ne sont pas antagonistes et coïncident fréquemment. Toutes deux résultent d'une artérite, mais, tandis que l'athérome est le produit d'une endartérite, les anévrysmes miliaires se produisent comme complication d'une périartérite diffuse. Cette périartérite présenterait, pour Charcot et Bouchard, des caractères particuliers, mais dont le principal serait sa localisation primitive sur la membrane externe et sa gaine lymphatique. L'inflammation se communiquait ensuite aux autres tuniques.

(1) Andral : Traité d'anatomie pathologique.
(2) Charcot et Bouchard : *Archiv. de physiol.*, 1868.

Zenker, Eichler, Grasset croient, au contraire, que la lésion débute par la tunique interne. Ces anévrysmes se présentent sous forme de petites granulations visibles à l'œil nu, appendues à un vaisseau. Ils peuvent être fusiformes ou latéralement placés sur les côtés du vaisseau.

Charcot et Bouchard avaient cru tout d'abord qu'ils étaient limités aux artères du cerveau. Liouville (1) insiste sur leur coexistence avec des altérations vasculaires analogues généralisées, et rapporte des cas antérieurs de Cruveilhier, Lebert, Gougenheim, et un cas qu'il a observé dans le service de Vulpian (thèse de Durand, 1868). Behier et Hardy (2) regardent ces cas comme « tendant à établir que les altérations anévrysmatiques se rattachent beaucoup plus à une altération du système artériel tout entier qu'à une lésion localisée de tel ou tel point de ce système. » Quelle est cette altération généralisée, cette diathèse anévrysmale, comme on l'a encore appelée ?

M. Brault (3) fait remarquer que ces poches anévrysmales « sont formées par un tissu fibreux qui ne diffère en rien du tissu qui entre dans la composition des anévrysmes examinés sur les gros vaisseaux. » « En général, ajoute-t-il, elles forment sur les côtés de l'artère une légère saillie à l'intérieur de laquelle la fibrine se dépose en lamelles stratifiées assez fines. De sorte qu'en réalité, si l'on en excepte l'épaisseur de la paroi, il n'y a aucune différence de structure entre ces dilatations et celle des gros vaisseaux, d'où l'on peut conclure que le mécanisme de leur formation est le même. »

Nous avons vu que dans l'observation de M. Klippel, un anévrysme volumineux de la communicante postérieure, qui présentait la structure des anévrysmes miliaires, coïncidait avec des plaques athéromateuses des gros troncs. M. Brault fait remarquer de son côté que, dans le mémoire de Charcot et Bouchard, l'athérome est

(1) Liouville : Thèse de Paris, 1870.

(2) Behier et Hardy : Traité de pathologie interne, 1869.

(3) Brault : Les Artérites, p. 167.

signalé dans 54 cas sur 69 terminés par l'hémorrhagie cérébrale, ce qui est un argument de grande valeur en faveur de la communauté d'origine des anévrysmes miliaires et des lésions athéromateuses vulgaires.

Les anévrysmes miliaires peuvent pendant longtemps ne donner lieu à aucun accident, cependant leur terminaison fréquente est soit l'oblitération de l'artère, soit la rupture suivie d'hémorrhagie cérébrale. Dans le premier cas, le travail inflammatoire des parois peut amener dans l'intérieur de la poche la coagulation sanguine; celle-ci se propage au vaisseau lui-même et la circulation est interrompue, il en résulte un foyer de ramollissement. Dans le second cas, les tuniques amincies par le travail inflammatoire finissent par se rompre, donnant naissance au syndrome de l'hémorrhagie cérébrale. Charcot et Bouchard (1) ont bien montré ce rôle des anévrysmes miliaires dans la pathogénie de ces hémorrhagies.

Comme nous venons de le voir, il semble que dans nombre de cas les anévrysmes miliaires doivent être rapportés à une dégénérescence athéromateuse des parois artérielles. Mais l'athérome n'est pas seul capable de produire les dilatations anévrysmales.

La tuberculose qui se localise de préférence aux artères de moyen et de petit calibre, peut déterminer sur leur trajet des dilatations anévrysmales qui se présentent sous forme de petites nodosités de la grosseur d'un pois ou d'un grain de chènevis, siégeant dans la substance grise des circonvolutions, quelquefois aussi dans la substance blanche.

La rupture de ces petits anévrysmes peut donner naissance à des hémorrhagies le plus souvent peu abondantes. (Lancereaux.)

Nous avons parlé des anévrysmes d'origine syphilitique localisés aux gros troncs. Dans les artères de moyen calibre et les petites artères, ils se présentent souvent sous la forme d'anévrysmes miliaires qui par leur rupture entraînent le syndrome de l'hémorrhagie cérébrale.

(1) Charcot et Bouchard : *Loc. cit.*, et Bouchard, Thèse d'agrégation, Paris, 1869.

Enfin, la dégénérescence hyaline des artères étendue aux trois tuniques a pu être rendue responsable de certains cas d'hémorrhagie cérébrale.

Sans nous arrêter sur les causes occasionnelles de ces hémorrhagies, nous dirons quelques mots de leur symptomatologie spéciale, en faisant d'abord remarquer que souvent la lésion et les symptômes se confondent et que ce qui domine dans l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale, c'est sa localisation.

Sur la convexité, les foyers hémorrhagiques qui se produisent aux dépens des branches de la sylvienne donnent lieu, dans le territoire des circonvolutions psycho-motrices, à des hémiplégies ou à des monoplégies plus ou moins associées soit du côté des membres soit du côté du facial inférieur (formes facio-brachiale, brachio-crurale, etc.) accompagnées ou non d'aphasies corticales, motrices ou sensorielles, — nous ne pouvons que glisser rapidement sur ces localisations, d'ailleurs classiques.

Les artères centrales sont le lieu d'élection de l'hémorrhagie cérébrale, et parmi elles, celle dont l'anévrysme donne le plus souvent lieu à cette complication et qui est une artère striée externe, a reçu le nom d'*artère de l'hémorrhagie cérébrale*. (Charcot.)

La cause de cette fréquence réside dans ce fait que les artères centrales, lenticulo-optiques et lenticulo-striées, naissent directement d'un vaisseau de puissant calibre et qu'elles ne s'anastomosent pas entre elles comme les artères corticales. Il en résulte que la pression est beaucoup plus forte dans ces artérioles centrales que dans les artères de la périphérie. (Mendel.)

Parmi les formes cliniques auxquelles peuvent donner lieu les différents foyers hémorrhagiques siégeant sur les artères centrales, les lenticulo-striées et les lenticulo-optiques ou leurs branches, M. Brissaud (1) signale les suivantes comme les plus importantes :

(1) Brissaud : in Traité de médecine de Charcot et Bouchard, VI, p. 183.

1° Apoplexie avec hémiplégie partielle. — « Lorsque le foyer siège dans les noyaux opto-striés, il peut se faire que tel ou tel groupe de fibres capsulaires soit interrompu à l'exclusion des autres. De là une hémiplégie partielle, dont le diagnostic est forcément très difficile. Cette forme est tout à fait rare. »

2° Apoplexie avec hémichorée ou hémiathétose. — Cette forme « est le fait des hémorrhagies interstitielles de la couche optique ou de la partie postérieure du putamen. Lorsque le foyer est tellement voisin du faisceau capsulaire que l'irritation de celui-ci devient permanente, l'hémichorée et l'hémiathétose persistent » au lieu de s'amender.

3° Apoplexie avec hémiplégie et hémianesthésie. — « L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle des hémiplégiques relève presque sûrement d'une lésion hémorrhagique dans le territoire de l'artère lenticulo-optique postérieure ; cette hémorrhagie doit, pour produire l'hémianesthésie, sectionner les fibres de la partie la plus postérieure du segment postérieur de la capsule interne. Le fait anatomo-pathologique est presque d'une absolue constance. Signalé par L. Turk, il a été mis en pleine lumière par Charcot. Cette région postérieure de la capsule, que Charcot appelle *le carrefour sensitif*, a été délimité avec précision. »

4° Apoplexie avec hémianesthésie et hémichorée. — Dans ces cas « les fibres du carrefour sont divisées : d'où l'hémianesthésie. Les fibres du faisceau capsulaire, sans être divisées, sont irritées par le même foyer : d'où l'hémichorée. »

5° Apoplexie avec hémianesthésie et paralysie faciale. — « L'hémorrhagie peut avoir pour siège le noyau lenticulaire. Il n'est donc pas surprenant qu'un foyer occupant ce noyau produise l'hémianesthésie et la paralysie faciale, pourvu qu'il envoie un prolongement antérieur dans la région du genou capsulaire où passent les fibres faciales du faisceau pyramidal, et un prolongement postérieur dans la région du carrefour sensitif.

Si le foyer intra-lenticulaire touche le segment postérieur de la capsule sans intercepter le trajet de ses fibres.

l'hémianesthésie et la paralysie faciale se compliquent d'hémichorée (1). »

6° *Apoplexie avec hémianesthésie et aphasie.* — « La disposition spéciale du foyer qui vient d'être décrite réalise cette éventualité rare lorsque c'est le noyau lenticulaire gauche qui est le siège de la lésion. » Dans ce cas l'aphasie est plutôt de la logoplégie que de l'aphasie vraie.

2° OBLITÉRATIONS ARTÉRIELLES. — RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL. — Ce que nous disons des ramollissements par thrombose s'applique aussi aux ramollissements par embolie qui ne sont souvent que la conséquence lointaine d'une artérite ayant évolué ailleurs que dans le cerveau. Nous n'aurons donc pas à revenir sur les conséquences de l'embolie cérébrale.

ROSTAN paraît être le premier auteur qui ait admis dans certains cas l'influence des lésions artérielles dans la production du ramollissement. Cependant, dans la plupart des cas, il lui attribue une origine inflammatoire, comme du reste tous les auteurs de l'école de Broussais.

ANDRAL, BOUILLAUD, ABERCROMBIE avaient vu, comme ROSTAN, les lésions artérielles, ROKITANSKY, HASSE de Zurich, les avaient même considérées comme cause de ramollissement, mais VIRCHOW décrivit le premier complètement ses lésions et montra comment la stagnation du sang et l'arrêt de la circulation entraînent le ramollissement de la région cérébrale ischémiée. PRÉVOST et COTARD (1866) en ont depuis donné la preuve expérimentale.

Il est donc incontestablement établi que la lésion nécrobiotique de la substance nerveuse est ici sous la dépendance directe de certains accidents de l'artérite, la thrombose ou l'embolie.

Lorsqu'une artère vient à s'obstruer, par suite du défaut ou du trop petit nombre d'anastomoses, le territoire qui cesse d'être irrigué est frappé de mort. Au point de vue

(1) CHARCOT : Leçons du mardi, t. I, p. 592.

anatomo-pathologique, ce foyer de ramollissement passe successivement par les trois phases de ramollissement blanc, rouge, jaune. Les éléments nerveux subissent peu à peu la dégénérescence granuleuse. Les prolongements se détachent du corps cellulaire, les tubes nerveux se fragmentent à leur tour, la myéline se dissocie, les cellules nerveuses elles-mêmes deviennent granuleuses et se désintègrent. Bientôt les leucocytes, qui sont venus en abondance de toute la périphérie du foyer, viennent se charger de toutes ces granulations et les emportent dans les espaces lymphatiques, contribuant ainsi à la résorption du territoire nécrosé. On donne vulgairement à ces phagocytes, le nom de corps granuleux. Plus tard, il ne restera plus comme vestige du foyer de ramollissement qu'une cavité anfractueuse remplie de sérosité, ou qu'une simple cicatrice.

Nous ne pouvons ici entrer dans de bien longs détails, d'ailleurs classiques, sur l'évolution ultérieure des lésions; ce qu'il importe surtout de faire ressortir, c'est au point de vue anatomo-clinique, l'importance de la localisation de l'oblitération artérielle. Ici, comme d'ailleurs dans l'hémorrhagie cérébrale, c'est cette localisation qui règle la symptomatologie.

Lorsqu'une grosse artère s'obstrue, il en résulte un foyer de ramollissement étendu à tout le territoire irrigué par elle. La limite du foyer est formée par les territoires restés normaux, ce qui revient à dire que pour une thrombose d'une grosse artère périphérique, le foyer facilement délimitable sur la corticalité, s'étend en profondeur jusqu'aux territoires irrigués par les artères centrales, c'est-à-dire jusqu'aux noyaux centraux. Sur ces limites profondes, par suite des anastomoses fréquentes entre les systèmes des artères centrales et corticales (Heubner, Cadial, Charpy, Biscons), anastomoses qui se font quelquefois directement par inoculation d'artère à veine (Tedeschi), la nécrose peut n'être pas subite et il peut exister, à la périphérie seulement, quelques portions du territoire ischémié où la circulation, quoique ralentie, peut assurer la nutrition du tissu nerveux.

Si la thrombose ou l'embolie siègent dans les artères de fin calibre, dans celles qui se distribuent aux circonvolutions suivant que ce sont les artères longues ou les artères courtes de la pie-mère qui seront oblitérées, on pourra être en présence de ramollissements atteignant soit les fibres blanches du centre ovale sans lésion de l'écorce, soit seulement l'épaisseur de l'écorce.

Lorsque le foyer siège au niveau de l'écorce, les symptômes sont souvent difficiles à constater lorsque la sensibilité générale est seule atteinte. — Si les centres des sensibilités spéciales sont seuls touchés, on assistera au tableau clinique de la surdité verbale, de la cécité verbale, de l'hémianopsie. — Le plus souvent, il y a association des lésions, des sphères motrices et des sphères sensorielles et, aux troubles des fonctions sensitivo-sensorielles viennent s'adjoindre des troubles paralytiques, soit du côté des membres, soit du côté de la face, les différentes formes d'aphasies, etc. Certaines de ces localisations sont d'ailleurs trop connues pour que nous insistions plus longtemps.

Sur les territoires des artères centrales, les foyers de ramollissement peuvent intéresser la capsule interne, les noyaux centraux où ils donnent naissance à des foyers lacunaires remplis de liquide séreux. C'est la portion de la substance cérébrale située sur les limites de jonction des deux circulations centrale et périphérique, qui est le lieu de prédilection de ces foyers de nécrose.

C. **Lésions des capillaires cérébraux.** — Paget avait reconnu l'infiltration graisseuse des capillaires du cerveau.

Robin (1) avait vu la dégénérescence granulo-graisseuse dans les parois des capillaires, chez les individus ayant eu des hémorrhagies cérébrales.

Cette même altération granulo-graisseuse avait aussi été observée dans les foyers de ramollissement, et Bill-

(1) Robin : Académie de médecine, 13 mai 1856.

ROTH (1) avait pensé que ces lésions étaient l'effet, non la cause de l'encéphalite.

D'après BOUCHARD, cité par PROUST (2) (1866), l'apparence athéromateuse des capillaires serait due simplement à des dépôts sur leurs parois, des granulations graisseuses, provenant de la dégénérescence des cellules nerveuses.

PRÉVOT et COTARD (3) ont décrit dans les foyers de ramollissement des lésions intéressantes des capillaires, consistant soit dans leur dégénérescence granulo-graisseuse, soit dans leur dilatation anévrysmatique. « Peuvent-elles, disent les auteurs, être considérées comme la lésion protopathique, productrice du ramollissement cérébral ? » Leurs recherches les « portent à croire que souvent l'altération des capillaires et l'altération du tissu nerveux se produisent simultanément et dépendent d'une même cause, d'une oblitération artérielle par exemple. On voit, en effet, disent-ils, dans les ramollissements par thrombose ou embolie, l'altération des capillaires exactement limitée au foyer de ramollissement où elle existe à un degré très avancé. »

D'après ces auteurs, la dilatation anévrysmatique des capillaires ne se rencontrerait guère que dans les cas de ramollissement rouge ou d'apoplexie capillaire, elle ne coïnciderait pas habituellement avec l'altération athéromateuse des capillaires, et l'on ne verrait d'autre lésion que la dilatation.

A la suite de ce travail, M. le professeur CORNIL (4) fait remarquer que dans le cerveau seulement « on rencontre dans le ramollissement, cette quantité considérable de granulations graisseuses et de corps granuleux qui enveloppent et masquent les parois des capillaires, et qu'il sera naturel de faire la supposition que c'est dans l'espace lymphatique dont les vaisseaux sont entourés, que s'accu-

(1) BILLROTH : *Archiv. der Hulhunde*, Dritter Jahrgang, p. 47.

(2) PROUST : Thèse d'agrégation, Paris, 1866.

(3) PRÉVOT et COTARD : Etude physiol. et pathol. sur le ramollissement cérébral, Paris, 1866.

(4) CORNIL : Note à la Soc. de Biologie, 1866, p. 16.

mulent en toute liberté les granulations graisseuses et les corps granuleux. Cette explication rendrait parfaitement compte de la dégénération athéromateuse particulière des vaisseaux cérébraux. »

M. Proust (1) émet une opinion analogue. Il conclut avec M. Bouchaqd que « dans le ramollissement cérébral l'apparence athéromateuse des capillaires résulte non d'une dégénération des vaisseaux eux-mêmes, mais du dépôt à leur surface des granulations graisseuses produites par la nécrobiose des éléments nerveux. »

Encore aujourd'hui, les dégénérescences des capillaires sont difficiles à préciser.

Lapinski (2), sur 28 cerveaux pris au hasard, a trouvé 15 fois de l'artério-sclérose des artères de la base, et dans 14 de ces cas les capillaires étaient altérés. Il a noté dans 6 cas la dégénérescence granulo-graissense de la paroi avec tuméfaction trouble ; dans 2 cas la dégénérescence granuleuse avec épaississement de la paroi ; dans 1 cas la dégénérescence fibrillaire ? avec épaississement ; dans 1 cas la dégénérescence hyaline ; dans 3 cas les parois étaient infiltrées de globules rouges. Dans ces 9 derniers cas il y avait modifications du calibre, la lumière du vaisseau était parfois obstruée, et les parois avaient perdu plus ou moins leur élasticité et leur contractilité. — Dans un autre travail, le même auteur (3) a retrouvé sur les capillaires ayant plus de 1m05 de diamètre, la dégénérescence fibreuse de la périartérite commune aux autres artères. Les capillaires d'un très petit calibre avaient beaucoup plus de tendance à s'oblitérer.

Les lésions des capillaires sont donc communes chez les athéromateux. Klippel (4) a montré que ces lésions peuvent donner lieu au syndrôme de la paralysie générale, et a fait de ces cas une forme à part : *la pseudo-paralysie générale*

(1) Proust : Thèse d'agrégation, Paris, 1866.

(2) Lapinski : Neurol. centr., 1896, n° 20, p. 921, et Vratch : Saint-Pet. 1896, n° 4.

(3) Lapinski : Deutche Zeit für Nervenheil, vol. 10, 9 juillet 1897, p. 368.

(4) Klippel : *Rev. de méd.*, t. XII, 1892, p. 280.

arthritique. Cette forme, en effet, se distingue de la paralysie générale associée à des lésions intracraniennes par ce qu'on n'y « voit plus les lésions proprement dites de la paralysie générale. Les lésions macroscopiques (érosions, méningite, etc.) n'existent pas. Au microscope on trouve des altérations diffuses et profondes, mais d'un tout autre genre. Les artérioles corticales présentent des amas de granulations graisseuses entourant les noyaux vasculaires. On ne constate qu'une légère et rare diapédèse. La dégénérescence graisseuse y est très accusée. Partout les capillaires sont infiltrés de granulations graisseuses confluentes et en amas. » Ces lésions coexistent avec des lésions athéromateuses généralisées aux artères cérébrales et à d'autres artères.

Les symptômes produits par ces lésions sont bien ceux de la paralysie générale : « affaiblissement intellectuel, délire des grandeurs, inégalité des pupilles, tremblement de la langue, etc..... » L'âge des malades, dans ces cas, est le signe unique souvent qui puisse faire éviter l'erreur de diagnostic. Mais l'étude histologique rend le diagnostic possible.

« Histologiquement la paralysie générale vraie se révèle par des lésions inflammatoires des *artérioles* corticales. » Il n'y en avait pas dans le cas de M. Klippel : « la lésion était une dégénérescence graisseuse intense des parois des *capillaires.* »

A côté de la pseudo-paralysie générale arthritique, dans laquelle on trouve des lésions des cellules nerveuses à côté des lésions des capillaires cérébraux, il est tout naturel de placer les autres pseudo-paralysies générales.

Nous avons vu que les auteurs les plus autorisés se refusent à attribuer à l'alcool une action directe sur les vaisseaux. Dès lors, comment envisager les pseudo-paralysies générales alcooliques autrement que comme une encéphalite, dans laquelle l'alcool déterminerait des lésions primordiales sur les cellules nerveuses ?

Les pseudo-paralysies générales du saturnisme paraissent évoluer sur le même type. Peut-on parler différemment pour ce qui concerne les pseudo-paralysies générales

syphilitiques ? Nous avons bien là, comme le dit M. le professeur FOURNIER (1) « une modalité, une forme de la syphilis cérébrale, et non une paralysie générale vraie modifiée par la syphilis. »

Quels sont donc les caractères distinctifs de la paralysie générale vraie et des pseudo-paralysies générales syphilitiques ? Peut-on les trouver dans les rapports réciproques des lésions des capillaires et des cellules nerveuses ?

Il existe certainement des cas où des lésions gommeuses peuvent se surajouter à la méningo-encéphalite diffuse. (ZAMBACO, WESTPHAL, L. MEYER, BINZWANGER, BAUMGARTEN, R. SCHULZ, RUMPF, etc.)

M. le professeur RAYMOND (2), dans un travail auquel nous ne pouvons que renvoyer, croit à l'origine syphilitique de la paralysie générale dans neuf cas sur dix. Cependant, dit-il, « pour les autres faits il faudra admettre que d'autres infections peuvent donner une lésion vasculaire diffuse que nous ne pouvons pas différencier actuellement de la syphilis, » car « on rencontre toujours la même lésion embryonnaire des vaisseaux. » Il y aurait donc « entre la paralysie générale vraie et la pseudo-paralysie générale syphilitique, des intermédiaires très nombreux. » — Autant vaut admettre tout de suite que les lésions vasculaires de la paralysie générale n'ont rien de spécial, puisqu'on ne peut pas distinguer celles qui paraissent relever de la syphilis et celles qui n'en dépendent certainement pas. — Cependant, c'est de ce processus vasculaire que M. le professeur RAYMOND semble faire la lésion primordiale de la paralysie générale. — « La paralysie générale, dit-il, au moins celle qui est syphilitique, est donc une encéphalite vasculaire diffuse ; mais tout sujet atteint d'encéphalite vasculaire diffuse n'est pas encore paralytique général. La paralysie générale ne survient que lorsque l'élément nerveux commence à souffrir

(1) FOURNIER : Les affections parasyphilitiques.

(2) RAYMOND : Contrib. à la syphilis du syst. nerv. *Archiv. de Neurologie*, 1894, nos 83 et 84.

du mauvais état de son appareil de nutrition Pendant cette période on n'observe que des troubles vagues ou des accidents en rapport avec une circulation défectueuse, ictus, aphasie et hémiplégie transitoire, etc. A un moment donné le tissu nerveux cède et l'encéphalite, de purement vasculaire, devient mixte. Les éléments de la névroglie s'hypertrophient, se sclérosent, les tubes nerveux se détruisent, les cellules nerveuses s'altèrent. Il en est ainsi probablement à cause de la qualité de l'agent spécifique et surtout à cause de l'hérédité. » Des trois malades dont M. Raymond rapporte l'observation « les deux premiers étaient des syphilitiques devenus paralytiques généraux, le troisième ne l'était pas encore parce que *les éléments nerveux avaient résisté*. Peut-être, ajoute-t-il, ne le serait-il jamais devenu. »

Nous sommes donc obligés, on le voit, de choisir entre ces deux alternatives : ou bien la lésion vasculaire est la véritable lésion de la paralysie générale et l'on est alors forcé d'admettre qu'elle peut exister à l'exclusion des symptômes de cette maladie, ou bien, que la lésion nerveuse est plus importante qu'elle, puisque seule elle est capable de donner naissance au complexus symptomatique caractéristique. — Nous avons ailleurs exposé les raisons qui nous faisaient avec M. le professeur Joffroy, MM. Klippel, Pierret, Zacher, nous prononcer pour la seconde.

Nous admettrons donc, d'abord que l'on n'est pas autorisé, de par l'impossibilité même où l'on est d'établir une distinction anatomo-pathologique, à mettre sur le compte de la syphilis toutes les paralysies générales vraies dans lesquelles la syphilis se retrouve comme antécédent; ensuite, que dans les paralysies générales de *nature* syphilitique (pseudo-paralysies générales syphilitiques) il est loin d'être prouvé encore que les lésions des éléments nobles doivent être considérées comme sous la dépendance des altérations vasculaires et particulièrement de celles des capillaires; les cas dans lesquels les lésions des cellules nerveuses sont très accusées et où les lésions vasculaires

sont insignifiantes (KLIPPEL, ZACHER) viennent confirmer cette manière de voir.

D'ailleurs, si la syphilis a une prédilection particulière pour le tissu conjonctif, tout porte à croire que, dans les cas où du fait de leur prédisposition héréditaire ou acquise les éléments nerveux cèdent, ils n'ont pas vis-à-vis de la toxine syphilitique une résistance supérieure à celle du tissu conjonctif, et qu'ils peuvent être lésés d'une façon sinon primitive, tout au moins concomitante.

Certains délires reconnaîtraient-ils pour cause une lésion des capillaires ? M. KLIPPEL (1) a étudié des lésions encéphaliques rencontrées dans le délire des alcooliques. *a.* Dans le *delirium tremens* on rencontre l'hyperhémie exsudative et la diapédèse inflammatoire. *b* Dans le délire alcoolique aigu ou subaigu, de la congestion chronique de l'encéphale et de la pigmentation ocreuse des éléments nerveux et des vaisseaux capillaires. *c.* Dans la démence alcoolique outre les lésions des artérioles dont la gaine lymphatique est surchargée en amas granuleux, on rencontre autour des capillaires des granulations de même espèce noires, brunâtres ou ocreuses. Dans ces cas, les dégénérescences portant sur les éléments nerveux sont très accusées.

De tous ces faits, il paraît résulter que les manifestations délirantes que présentent les alcooliques ne sont pas plus spécialement attribuables aux lésions des capillaires qu'aux lésions mêmes des cellules nerveuses.

Quels sont maintenant les accidents secondaires auxquels peuvent donner lieu les lésions des capillaires cérébraux ?

Nous avons vu que les lésions des capillaires que l'on rencontre dans les foyers de ramollissement rouge sont sous la dépendance du processus nécrobiotique lui-même (hémorrhagies capillaires). Mais les hémorrhagies capillaires peuvent quelquefois être primitives, par exemple,

(1) KLIPPEL : Du délire des alcooliques, *Mercredi médical, octobre*, 1893.

dans certains cas de congestion cérébrale où la substance corticale présente souvent un piqueté hémorrhagique particulier dû à la rupture de capillaires. Sans discuter la nature de ces lésions qui, dans bien des cas, relèvent probablement d'un processus infectieux, on peut tout au moins supposer que les cas sont bien rares où les capillaires qui sont le siège de telles hémorrhagies ne présentent pas quelque altération préexistante, liée peut-être à la cause même qui a déterminé la congestion (érysipèle, fièvre typhoïde, pneumonie, infections diverses, etc). Dans la paralysie générale on rencontre aussi des hémorrhagies de cette espèce.

La thrombose des capillaires est le plus souvent la conséquence d'une thrombose d'une artère ou d'une artériole de volume appréciable, mais on observe souvent, au cours des maladies infectieuses, de véritables embolies capillaires dues à l'accumulation d'éléments infectieux dans l'intérieur de ces petits vaisseaux. Ces embolies septiques peuvent, dans la plupart des cas, être considérées comme la porte d'entrée dans le système nerveux d'une maladie infectieuse primitivement localisée en un point plus ou moins éloigné.

Parfois, ce sont des grains de pigment (paludisme) ou d'une autre nature (bouillie athéromateuse provenant d'un foyer aortique), qui viennent s'emboliser au niveau des capillaires cérébraux, en y produisant les accidents du ramollissement local.

Enfin, est-ce à l'apport d'un élément infectieux par le système circulatoire, ou à la présence d'une infection déjà existante que l'on doit l'explication de ce fait que les foyers de ramollissement peuvent s'enflammer et donner naissance à des lésions d'encéphalite inflammatoire suppurative ?

§ II. — Artérites
De la protubérance, du cervelet, du bulbe

Nous avons étudié plus haut, pour ne pas les séparer des lésions de la base de l'encéphale, les artérites de l'ar-

tère basilaire et de ses grosses branches et les complications auxquelles elles peuvent donner naissance. Nous n'avons pas à y revenir ici.

1° PROTUBÉRANCE. — Les altérations vasculaires des petites artères de la protubérance peuvent donner lieu à des accidents de rupture ou à des phénomènes d'oblitération.

Ruptures. — Les hémorrhagies de la protubérance ont été étudiées par GUBLER (1), MILLARD (2), LARCHER, OLLIVIER, M. le professeur JOFFROY (3), etc. Elles sont dues le plus souvent à la rupture d'anévrysmes miliaires. Tantôt les foyers hémorrhagiques font irruption dans l'intérieur du quatrième ventricule ou s'étalent à la surface de la protubérance. Ce sont les plus considérables. Tantôt ils s'ouvrent dans l'intérieur même de la protubérance, donnant lieu suivant leur siège à des symptômes variés.

Ces hémorrhagies donnent lieu à des convulsions épileptiques généralisées avec ou sans prédominance d'un côté, à des convulsions toniques et cloniques des extrémités (OLLIVIER). Mais le symptôme le plus habituel est caractérisé par la coïncidence d'une paralysie directe pour les nerfs craniens des VI[e] et VII[e] paires, et croisée pour les membres (syndrome de MILLARD-GUBLER). Cette paralysie alterne s'accompagne d'anesthésie et de dysphagie.

Oblitérations. — Les foyers de ramollissement sont dus le plus souvent à des thromboses, soit de l'artère basilaire ou de ses branches, soit des vertébrales (4). Dans un cas de M. GOMBAULT (5) il semble que le foyer se soit développé primitivement au niveau des petits vaisseaux. Suivant le siège du foyer les noyaux d'origine ou les filets radiculaires des VI[e], VII[e], VIII[e] paires peuvent être intéressés. Dans la plupart des cas les foyers de ramollisse-

(1) GUBLER : Mémoire sur les paralysies alternes. *Gaz. hebd.*, 1856-1857.

(2) MILLARD : Société anatomique, 1856.

(3) JOFFROY : *Archiv. de physiol.*, avril 1886.

(4) HALLOPEAU : *Archiv. de phys.*, 1876, p. 175.

(5) GOMBAULT : *Archiv. de méd. expérim.*, 1892, p. 285.

ment de la protubérance s'accompagnent du syndrome de MILLARD-GUBLER.

La thrombose s'effectue par le même processus d'artérite que dans le cerveau.

2° CERVELET. — Les tumeurs anévrysmales siégeant sur les artères cérébelleuses sont rares.

Ruptures artérielles. — Les hémorrhagies du cervelet ont été étudiées par SERRES, ANDRAL (1), HILLAIRET (2), BROWN-SÉQUARD, OLLIVIER, LEVEN, LUYS (3), CARION (4), etc. Elles sont dues à des altérations artérielles de même nature que celles qui déterminent l'hémorrhagie cérébrale, ce qui explique leur coïncidence assez fréquente avec cette dernière, et relèvent souvent de la rupture d'anévrysmes miliaires.

Les grands foyers reconnaissent pour cause, d'après DURET (5), la rupture de l'artère du nucleus dentatus du corps rhomboïdal. La mort peut être foudroyante. Dans les autres cas, le malade éprouve une très grande faiblesse musculaire, mais il n'y a pas, fait important, de véritable paralysie. Lorsque celle-ci se montre, sous la forme d'hémiplégie croisée ou directe, elle ne relève pas de la lésion cérébelleuse elle-même ; elle est due, soit à la compression du bulbe ou de la protubérance, soit à une autre lésion concomitante. (LANOIX.)

Les petits foyers sont le plus souvent intra-cérébelleux ; ils ne donnent lieu en général qu'à des symptômes peu importants et parfois très fugaces : vomissements, céphalalgie, vertiges, démarche titubante lorsque le vermis se trouve atteint.

Oblitérations. — Les thromboses sont moins fréquentes que les hémorrhagies. Elles ne résultent presque jamais d'une embolie.

(1) ANDRAL : Cliniq. méd. de Baris, 1540 ; cours de pathol. int., 1848.

(2) HILLAIRET : *Archiv. de méd.*, 1848.

(3) LUYS : *Arch. gén. de médecine*, 1865.

(4) CARION : Thèse de Paris, 1875.

(5) DURET : *Archiv. de physiol. norm. et pathol.*, 1877.

Parfois c'est toute une grosse portion d'un lobe qui peut être atteinte, comme dans le cas de M. le professeur LANDOUZY (1) où le lobe droit du cervelet présentait à la partie moyenne de sa face supérieure une dépression notable correspondant à un foyer de ramollissement occupant toute la moitié supérieure du lobe droit. La thrombose siégeait sur la vertébrale droite.

D'autres fois le ramollissement peut être bi-latéral. M. DOLÉRIS (2) a rapporté un cas de ramollissement symétrique dû à l'oblitération d'une artère cérébelleuse postéro-inférieure unique qui était fortement athéromateuse.

3° BULBE. — *Hémorrhagies.* — Les hémorrhagies limitées au bulbe sont extrêmement rares (OLLIVIER, d'Angers, LEYDEN, HALLOPEAU) (3), plus souvent elles se font à la surface du bulbe. Lorsque le sang fait irruption dans le quatrième ventricule, la mort est foudroyante.

Le plus souvent il y a attaque d'apoplexie suivie de paralysie bulbaire.

Ramollissements. — Aussi rares que les hémorrhagies, les foyers de ramollissements bulbaires reconnaissent le plus souvent pour cause l'artérite syphilitique ou l'athérome.

VULPIAN, LUNEAU, HALLOPEAU ont étudié les ramollissements bulbaires. — M. HALLOPEAU, dans sa thèse d'agrégation, rapporte un cas d'oblitération de la vertébrale ayant donné lieu à l'apparition brusque de tous les symptômes que l'on observe dans la paralysie labio-glosso-laryngée. Il fait remarquer que d'après les recherches de DURET il doit en être ainsi : « Lorsqu'un caillot siège dans l'une des artères vertébrales, il interrompt la circulation dans l'artère spinale antérieure et par conséquent dans les artères médianes qui en partent, c'est-à-dire dans les artères nourricières du noyau du spinal, de l'hypoglosse et du facial inférieur. S'il occupe la partie inférieure du tronc basilaire, il produit l'anémie des artères sous-protubérantielles

(1) LANDOUZY : Soc. de biologie, 1873, Paris, 1874.

(2) DOLÉRIS : *Progr. méd.*, Paris, 1876, IV, 373.

(3) HALLOPEAU : Thèse d'agrégation, Paris, 1875.

qui vont se distribuer au noyau du pneumogastrique, il s'ensuit une mort rapide. DURET. » (Cinq cas de HAYEM) (1).

M. HALLOPEAU fait remarquer que le ramollissement par oblitération de la vertébrale doit entraîner la paralysie des membres, en même temps que la paralysie des nerfs bulbaires, car les rameaux qui se distribuent à la pyramide et aux faisceaux intermédiaires viennent de la même artère.

Le même auteur (2) rapporte un cas où l'oblitération athéromateuse de la vertébrale a produit des accidents passagers de paralysie bulbaire caractéristique, les caillots oblitérants pouvant disparaître après avoir donné lieu à tous les symptômes de l'anémie artérielle (3).

§ III. — Artérites de la Moelle

Y a-t-il, en dehors des accidents de rupture et d'oblitération artérielles, des affections médullaires qui puissent être considérées comme relevant de l'artérite ? A ce propos, on peut distinguer dans la moelle les artères centrales, aux lésions desquelles on a pu attribuer un rôle dans les affections primitivement localisées à la substance grise à laquelle elles se distribuent (paralysie infantile, etc.), et les artères périphériques qui se distribuent aux méninges et à la substance blanche, et de l'artérite desquelles pourraient dépendre les processus décrits sous le nom de scléroses combinées, de tabes, etc. ; nous avons vu plus haut ce qu'il faut penser de ce rôle.

Mais ici doit prendre place l'étude de la syphilis localisée à la moelle, c'est-à-dire l'étude des méningo-myélites syphilitiques.

Syphilis de la moelle. — La forme gommeuse est la moins intéressante ; son histoire peut se résumer à ce que nous avons dit sur les gommes artérielles.

La forme diffuse nous occupera plus particulièrement,

(1) HAYEM : *Archives de physiologie*, mars 1868.
(2) HALLOPEAU : Soc. de biologie, 1869.
(3) CHARCOT : Leçons de la Salpétrière, 1869.

à cause de sa ressemblance avec le complexus anatomo-pathologique qui, localisé au cerveau, réalise le syndrome de la paralysie générale (pseudo-paralysie générale syphilitique) Raymond (1). C'est la méningo-myélite diffuse embryonnaire de MM. Gilbert et Lion. Elle consiste en une infiltration des méninges et des parois vasculaires par de très nombreuses cellules dites embryonnaires.

La lésion vasculaire peut aboutir à des thromboses donnant lieu à des accidents paraplégiques consécutifs. D'ailleurs la forme diffuse se combine souvent avec la forme gommeuse.

Quant à la forme de Erb, paralysie spinale syphilitique, elle n'a pas de substratum anatomo-pathologique bien délimité. Nous pouvons donc conclure avec M. Brissaud (2) que « la syphilis spinale n'étant qu'une évolution d'un processus morbide de méningo-myélite, on peut y reconnaître des périodes, mais non des formes séparées. »

Tous les intermédiaires se retrouvant entre les diverses formes décrites, c'est uniquement, semble-t-il, la localisation prédominante sur tel ou tel point de la moelle qui a pu faire établir, au point de vue clinique, des délimitations tout à fait artificielles.

Au point de vue anatomo-pathologique, ce qui intéresse surtout, c'est, d'une part, l'aspect topographique des lésions qui peuvent être circonscrites ou diffuses ; en second lieu, les accidents consécutifs à ces lésions et qui peuvent être, pour l'artérite, la thrombose.

Dans les lésions diffuses, il est loin d'être prouvé que ce soit le processus vasculaire qui commande aux autres lésions ; la syphilis n'a pas plus de prédilection pour le tissu conjonctif des vaisseaux que pour la trame de l'organe lui-même, et, de plus, on ne peut lui refuser une action directe sur les éléments nerveux eux-mêmes. — « Les lésions artérielles ne sont pas suffisantes pour donner, dans tous les cas, l'explication des accidents observés. » (Brissaud.)

(1) Raymond : Contrib. à la syphilis du syst. nerv. *Archiv. de Neurologie*, nos 83 et 84, 1894.

(2) Brissaud : Leçons sur les maladies nerveuses, 1893-1894.

Dans les lésions consécutives à la thrombose, le processus artériel intervient, il est vrai, mais le ramollissement qui en résulte n'est qu'un accident secondaire, une complication de l'artérite.

Nous en sommes donc réduits, dans la moelle comme dans le reste du système nerveux, à ne considérer comme lésions vraiment dues à l'artérite, que celles qui relèvent de la rupture et de l'oblitération.

Ruptures. — Les hémorrhagies de la moelle sont rares. Elles relèvent, en général, de la rupture d'anévrysmes miliaires. Elles peuvent s'observer également au cours de la syringomyélie gliomateuse. Les foyers ont la même évolution anatomo-pathologique que les foyers d'hémorrhagie cérébrale. Le plus souvent ils sont centraux (hématomyélie centrale de Minor) et occupent la substance grise. L'hémorrhagie s'accompagne généralement de paraplégie subite qui, suivant le siège de l'épanchement, s'accompagne de paralysie des membres supérieurs. On observe parfois de la dissociation des sensibilités et, lorsque l'hémorrhagie est uni-latérale, on peut mettre en évidence le syndrome de Brown-Séquard.

Oblitérations. — Nous avons vu que la thrombose peut se montrer au cours des lésions artérielles de la syphilis spinale.

Toutes les fois qu'elle s'établit au cours d'une maladie infectieuse de la moelle, à marche plus ou moins rapide, elle a pour effet de modifier le tableau anatomo-pathologique par l'introduction, dans le foyer inflammatoire, d'un élément nouveau, le foyer de nécrobiose. On conçoit facilement les conséquences qui peuvent en résulter. Souvent, cependant, les symptômes de cette complication peuvent être marqués par ceux de la maladie primitive.

§ IV. — Artérites des Nerfs

En dehors des altérations névritiques, qui résultent d'une dégénérescence centrifuge consécutive à une lésion des centres, les nerfs peuvent-ils présenter des lésions que l'on puisse mettre sur le compte de l'artérite ?

Cette question des névrites locales, d'origine circulatoire, n'a guère été l'objet de travaux importants que pour ce qui concerne les lésions consécutives aux altérations veineuses (QUENU), et pour ce qui s'observe dans les œdèmes plus ou moins généralisés *(phlegmasia alba dolens)*. — KLIPPEL (1).

« Le point de départ d'une névrite périphérique, dit M. BABINSKI (2), peut, théoriquement au moins, avoir pour siège soit la partie fondamentale du nerf, le cylindre-axe, soit les parties accessoires, segments interannulaires, tissu conjonctif lamellaire intra ou périfasciculaire, *les vaisseaux sanguins* ou lymphatiques. »

M. BABINSKI ne paraît pas admettre « que l'agent d'une intoxication qui circule à travers l'organisme entier, impressionne exclusivement la partie périphérique d'un groupe de cellules nerveuses, les cylindres-axes, et n'exerce aucune action sur le corps même de la cellule. »

Les névrites d'origine toxique peuvent donc être considérées comme secondaires à des lésions des centres, nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Les polynévrites alcooliques dans lesquelles les nerfs présentent parfois des lésions vasculaires, paraissent rentrer dans cette catégorie, car des altérations de cellules nerveuses ont été retrouvées dans les cornes antérieures.

Les lésions artérielles jouent-elles un rôle dans les névrites dont le point de départ paraît être périphérique (névrite périphérique de saturnisme) ? Il est bien difficile de se prononcer tant que l'accord n'est pas fait sur l'origine même de ces névrites. On a trouvé, en effet, des altérations des cellules des cornes antérieures au cours de ces affections. Nous devons faire remarquer, en outre, que les altérations vasculaires sont tout à fait inconstantes chez les saturnins.

Certaines maladies infectieuses se localisent primitivement sur les nerfs périphériques. Dans la lèpre, la présence

(1) KLIPPEL : Des altérations des nerfs périphériques dans les œdèmes chroniques. *Archiv. gén. de méd.*, juillet et août 1889.

(2) BABINSKI : in *Traité de médecine*, VI, p. 690.

du bacille provoque la dégénérescence graisseuse des faisceaux nerveux. Au niveau du foyer, les artérioles peuvent présenter de l'endartérite à un degré assez accentué, elles peuvent même s'oblitérer, mais les lésions vasculaires ne tiennent pas sous leur dépendance les lésions nerveuses ; elles sont toutes deux la conséquence d'une réaction locale de toutes les parties du nerf en présence du bacille de Hensen.

§ V. — Artérites des Méninges

Nous ne croyons pas devoir nous occuper longuement des méningites, parce que les lésions artérielles, que l'on retrouve dans des méninges enflammées sont de tout point les mêmes que celles que l'on rencontre dans les centres où ces artères se distribuent. Nous les avons pour la plupart décrites.

Pour les artères d'un certain volume, l'ectasie anévrysmale évoluant à l'extérieur des centres nerveux peut prendre des dimensions considérables ; nous l'avons vu à propos des anévrysmes de la base. Mais les artères des méninges peuvent aussi présenter des anévrysmes miliaires qui sont la source d'hémorrhagies méningées (Lépine) sur lesquelles nous ne pouvons nous étendre ici.

Dans les maladies infectieuses, les vaisseaux de la pie-mère participent de la même façon que leurs branches perforantes au processus infectieux (méningites aiguës, méningites tuberculeuses, méningo-encéphalites, méningo-myélites, etc.). Ces lésions ne prennent une réelle importance que par les accidents consécutifs d'oblitération et de rupture qui peuvent les accompagner.

Parmi les méningites, nous devons une mention spéciale pour la pachyméningite cervicale hypertrophique dans laquelle des altérations vasculaires ont été décrites par M. le professeur Joffroy (1) qui a montré que les « vaisseaux sont augmentés de nombre et leurs parois fort épaisses ».

(1) Joffroy : Thèse de Paris, 1873.

Quelle est la relation qui unit ces altérations avec l'épaississement progressif des méninges ? La gliomatose secondaire qui existait dans le cas princeps de M. Joffroy est-elle dans tous les cas secondaire ? N'est-on pas autorisé, vu l'étroite parenté de la pachy-méningite cervicale hypertrophique et de la syringomyélie (Brissaud) à n'accorder aux lésions vasculaires que le rôle secondaire qu'elles paraissent avoir dans cette dernière maladie ?

CHAPITRE III

ESSAI DE PATHOGÉNIE

Est-il possible de ramener à une formule simple les rapports réciproques des lésions artérielles et des lésions nerveuses que nous venons d'étudier ; et peut-on, de l'étude de ces différentes lésions, tirer quelque conclusion au point de vue des causes qui les provoquent et du mécanisme suivant lequel elles agissent ? Telles sont les questions que nous devons nous poser à la suite de l'exposé que nous venons de faire.

Après avoir accordé à l'hérédité son rôle incontestable, et sur lequel nous n'avons pas à nous étendre ici, nous devons chercher dans la structure même des centres nerveux les causes du mécanisme de ses réactions vis-à-vis des divers agents pathogènes qui peuvent l'atteindre.

Si, par la nature de ses éléments, le tissu nerveux présente de nombreuses analogies avec les autres tissus épithéliaux, si, malgré sa structure compliquée, on peut reconnaître chez lui la parenté d'origine qui le rapproche du tissu hépatique, du tissu rénal, des autres tissus glandulaires. si, enfin, les rapports qu'affectent ses éléments nobles, avec la trame conjonctivo-vasculaire qui le pénètre, présentent de nombreux points de ressemblance avec ceux qui se retrouvent dans les autres parenchymes, il est un caractère qui lui est propre et qui constitue pour lui une

distinction toute spéciale, c'est la différenciation anatomique de ces éléments cellulaires.

Cette différenciation nous l'avons trouvée, comme base, dans l'étude d'une foule de lésions qui peuvent l'atteindre ; nous la retrouvons maintenant au seuil de la pathogénie, et c'est à elle que nous devons demander, en grande partie, la solution des problèmes que nous nous sommes posés. Le moment n'est, sans doute, pas venu où l'on connaîtra les réactions spéciales de chaque espèce de neurone, de chaque groupement de neurones qui constituent dans le névraxe comme autant de petits territoires autonomes distincts, mais l'on peut pressentir déjà tous les avantages que l'on pourra retirer de leur étude particulière.

Aujourd'hui, le terme auquel on doit s'arrêter est celui d'*inflammation ;* terme bien vague si l'on ne prend pas la peine d'en fixer les caractères, mais qui prend de plus en plus de la netteté, lorsqu'on l'applique, en connaissance de cause, à la mesure des réactions du neurone, vis-à-vis des agents pathogènes qui peuvent l'atteindre. L'inflammation, en effet, si elle ne nous indique pas toujours la nature de la souffrance, nous indique déjà que l'organe souffre et qu'il réagit ; elle nous dit même comment il réagit.

Cette réaction de tout organite lésé vis-à-vis du toxique qui l'empreigne, présente, dans le tissu nerveux, des caractères spéciaux. Ces caractères, elle les doit, d'une part, à l'organisation histologique de l'élément nerveux lui-même, d'autre part, à ses rapports de contiguité avec le tissu conjonctif qui l'environne, et les vaisseaux sanguins et lymphatiques qui favorisent ses échanges physiologiques. La présence de larges gaines périvasculaires et d'espaces lacunaires virtuels mais incontestables autour des neurones, l'individualisation anatomique presque absolue de chaque cellule nerveuse, l'existence d'une quantité innombrable de cylindraxes et de dendrites diversement enchevêtrés, enfin l'interposition d'un tissu épithélial morphologiquement distinct, et de fonctions encore obscures, la

névroglie, tout cela constitue pour le tissu nerveux une texture particulière qui sera le point de départ des différences nombreuses qui distinguent sa pathologie de celle des autres parenchymes.

Mais toujours, au sein même du tissu nerveux, nous retrouvons le tissu conjonctif, les vaisseaux sanguins, les leucocytes avec les mêmes caractères que dans tous les autres parenchymes, et ces points de ressemblance doivent nous guider pour étudier les caractères de ses réactions.

Qu'est donc la lésion nerveuse, qu'est donc la lésion conjonctive, qu'est la lésion vasculaire, comment réagissent-elles l'une sur l'autre?

A l'incitation causale, toxique ou infectieuse, chaque élément réagit toujours à sa manière et de la même manière, c'est-à-dire qu'il emprunte à ses caractères anatomo-physiologiques ceux de sa réaction pathologique. A un excitant faible, il répond par un stade d'hyperactivité fonctionnelle qui traduit sa *faculté d'adaption* au nouveau milieu. C'est ainsi que dans cette lutte pour l'existence, les éléments cellulaires se mithridatisent et s'accoutument à vivre au sein d'un plasma chargé de matières toxiques (alcool, plomb, auto-toxines) ou de toxines microbiennes (infections chroniques). Cette première phase se révèle à l'anatomo-pathologiste, sous l'aspect de processus dits curateurs, qui dénotent les intoxications faibles et lentes. A cette excitation, le leucocyte répond par sa multiplication active, l'exagération de son amiboïsme, de sa diapédèse, de sa phagocytose. Après avoir été migrateur, il pourra peut-être en se fixant, avoir une part dans l'élaboration du travail de sclérose. La cellule conjonctive répond par la multiplication de ses noyaux, par la formation en plus ou moins grande abondance de fibrilles conjonctives (hyperplasie) qui édifient le travail de défense qui aboutit à la sclérose. L'endothélium vasculaire s'hypertrophie. Les éléments nerveux s'irritent en exagérant leurs fonctions. La névroglie s'hyperplasie.

Grâce à ce travail de défense, spécial à chaque élément cellulaire, et suivant la nature même du toxique, de

nouvelles habitudes se créent, de nouvelles aptitudes s'acquièrent, mais aussi de nouvelles orientations cellulaires laissent dans les tissus les traces du processus morbide. C'est ainsi que la congestion créant pour un organe une nouvelle manière d'être, peut devenir un point d'appel pour les altérations futures.

Que la cause pathogène persiste ou exagère son action, si la vitalité cellulaire s'épuise, l'adaptation devient impossible et l'élément entre dans une phase de dégénérescence plus ou moins rapide dont la nécrobiose est le dernier aboutissant. Le leucocyte deviendra globule purulent. La cellule conjonctive subira plusieurs sortes de dégénérescence dont la plus fréquente est la transformation granulo-graisseuse. L'endothélium vasculaire se détachera de la paroi sous forme de cellule nécrosée. Le neurone dégénèrera suivant des processus divers. La névroglie formera de la névrogliose.

Dans les cas où d'emblée la cause pathogène acquiert une suffisante intensité, ce sont les phénomènes de nécrobiose qui ouvrent la scène, sans intermédiaire de la première période de réaction.

A l'élément noble près, qui diffère dans tous les parenchymes, on retrouve pour chaque élément la même aptitude spéciale dans ses phénomènes réactionnels ; mais, suivant la nature de la cause, suivant son degré d'énergie, suivant son mode d'action, les diverses phases sont accélérées ou ralenties, et suivant la différenciation même de l'élément, les transformations histochimiques le conduisent à tel ou tel genre de dégénérescence (graisseuse, granulo-pigmentaire, colloïde, amyloïde, fibreuse, calcaire, etc...).

Dans le tissu nerveux nous retrouvons tous ces caractères. Mais ici, s'ajoute un élément nouveau de complexité dans l'étude des phénomènes, c'est la différenciation anatomique des éléments cellulaires.

Nous verrons bien comme partout ailleurs, les leucocytes sortir des vaisseaux par diapédèse, remplir les gaines lymphatiques, se loger dans tous les espaces péri-cellulaires qui font du tissu nerveux une véritable éponge

lymphatique, nous les verrons participer soit au travail de sclérose, soit au travail de résorption, soit au travail de nécrobiose; nous retrouverons les cellules conjonctives du tissu conjonctif et celles des parois vasculaires avec les mêmes aptitudes à former de la sclérose ou à subir les divers phénomènes de dégénérescence; les cellules des endothéliums vasculaires et lymphatiques ne nous paraîtront pas différentes dans leurs réactions de ce qu'elles sont dans les différents processus inflammatoires des autres tissus, mais la différenciation même des neurones, et les rapports différents qu'ils affectent avec la trame vasculo-conjonctive, donne aux processus pathologiques du système nerveux une physionomie particulière.

Dans les *intoxications lentes*, l'organe s'adapte au poison; il réagit, et cette phase d'activité se traduit d'abord par la congestion. Ces états morbides dits congestifs paraissent ne s'accompagner d'aucune lésion parce que nos moyens d'investigation ne sont pas encore assez perfectionnés pour nous permettre de déceler les premiers stades des altérations cellulaires de ce travail mithridatisateur qui permet à l'élément de retrouver un nouvel équilibre après une période plus ou moins longue de désiquilibration. L'organe sort victorieux de cette lutte bien que le plus souvent amoindri au point de vue de sa valeur fonctionnelle. L'alcool, le plomb, tous les toxiques en général à dose peu élevée finissent par entraîner la tolérance, mais les états congestifs qu'ils déterminent sont déjà pathologiques parce qu'ils traduisent des modifications anormales dans la structure des organes qu'ils traversent. A ce stade, l'inflammation n'est pas encore bien manifeste quoique la congestion en soit le premier terme et n'en diffère que par l'intensité.

Les toxines microbiennes qui traversent un tissu, élaborées à distance, souvent à un point très éloigné, comme dans la diphtérie par exemple, peuvent, lorsqu'elles sont peu énergiques, agir de la même façon.

Dans ces états congestifs qui traduisent pour les divers ordres d'éléments les premiers stades de la défense contre

le toxique, les lésions objectives sont minimes. Leucocytose légère, prolifération peu accusée des endothéliums, légère exagération de la fonction hyperplasique de la cellule conjonctive, processus vasculaire néo-formateur, enfin, pour les éléments nobles, stade plus ou moins marqué d'hypertrophie et de modifications protoplasmiques diverses. Suivant la *nature* du toxique, les divers ordres de cellules seront *inégalement* lésés. Telle substance portera son action d'une façon plus intense sur les endothéliums vasculaires, sur la cellule conjonctive, sur le leucocyte, sur l'élément noble. Et nous devons faire remarquer ici que pour les substances qui ont une action élective pour les cellules endothéliales, l'endothélium de l'endartère et les endothéliums des gaines péri-vasculaires peuvent subir en même temps son atteinte, d'où simultanéité possible de l'endartérite et de la péri-artérite (endo-péri-artérite).

Forçons la dose du toxique ou de la toxine, ce sont les mêmes phénomènes que nous rencontrerons, mais avec des caractères variables d'intensité, et toujours *l'action élective* de l'agent irritant (liée sans doute à l'influence de l'hérédité) pourra déterminer des lésions plus marquées sur tel ou tel système. C'est ainsi que, suivant les cas, on peut trouver des petits vaisseaux à peu près sains à côté de cellules nobles dégénérées, ou au contraire des petits vaisseaux sclérosés à côté de cellules nobles presque normales. Les mêmes processus rendent bien compte dans le tissu nerveux de l'irrégularité qui préside à la distribution des lésions qui prédominent sur tel ou tel système conjonctivo-vasculaire ou parenchymateux.

Dans ces intoxications lentes que nous étudions, un caractère important est la diffusion des lésions de même ordre. Le toxique charrié par le sang doit nécessairement exercer son action d'une façon à peu près égale dans toute l'étendue de l'organe, ce qui harmonise les lésions de chaque ordre de cellule ; l'alcool, le plomb, les diverses toxines diluées dans le plasma sanguin, porteront directement leur action sur les endothéliums vasculaires, sur le tissu conjonctif, sur les cellules nobles de tout un organisme et de tout un organe en particulier, et suivant leur

nature, suivant aussi les prédispositions cellulaires, y détermineront des lésions diffuses généralisées. Telle est, par exemple, l'histoire des affections alcooliques chroniques des divers organes (hépatite chronique alcoolique, Brault) (1).

Ces lésions pour difficiles à déceler qu'elles soient, mal établies pour le système nerveux, n'en existent pas moins, modifiant profondément le substratum anatomique de l'organe, et le mettant en état d'infériorité vis-à-vis des causes dont l'action est plus directe, les infections localisées.

En face de cette attaqne générale de tout un organisme par une substance toxique, chaque cellule lutte pour elle, et il est souvent difficile de concevoir comment les lésions de tel ou tel système peuvent avoir un retentissement sur tel ou tel autre. Lorsque nous voyons, par exemple, une substance à détermination primitivement élective sur un système particulier de neurones, comme la morphine, le curare, mais qui peut à la longue retentir sur tout l'organisme, faut-il attribuer au toxique lui-même ces lésions secondairement observées? Ne peut-on, dans certains cas, les mettre sur le compte de la lésion nerveuse primitive ?

Dans les états congestifs relevant d'une intoxication lente, l'alcoolisme chronique par exemple, ne peut-on, dans certains cas, envisager la vaso-dilatation elle-même comme produite par l'action de l'alcool sur les centres vaso-dilatateurs ?

Ces actions réciproques compliquent considérablement le problème de la détermination primitive des lésions. Aussi, faut-il envisager dans ces phénomènes non seulement l'action directe du toxique sur les éléments eux-mêmes, mais les modifications secondaires que les lésions primitives peuvent déterminer. Ce qui importe surtout, c'est l'histoire de la *détermination primitive;* c'est elle que nous avons tout d'abord étudiée, et au point de vue qui nous occupe. nous avons pu nous convaincre que chaque système d'éléments cellulaires peut payer son tribut à l'intoxi-

(1) Brault : Artérites et Scléroses, p. 108.

cation : le système conjonctif, le système endothélial, le système nerveux ; que si l'un est lésé alors que l'autre est épargné, c'est affaire de prédisposition héréditaire et de propriétés électives du toxique, mais que, si la lésion vasculaire retentit sur la lésion nerveuse ou la lésion nerveuse sur la lésion vasculaire, ce n'est que plus tardivement. En un mot qu'il n'y a pas possibilité de mettre ces diverses lésions sous la dépendance l'une de l'autre.

Lorsque nous quittons les intoxications faibles et les infections à distance et que nous touchons à l'histoire des *infections localisées*, aiguës ou chroniques, l'observation devient plus facile du fait de la localisation même, qui rend possible la comparaison des parties lésées avec les parties restées saines. De plus, ces lésions, à cause à la fois de la présence de l'élément pathogène et de la proximité de l'action de la toxine, sont dans la plupart des cas assez accentuées pour ne pas passer inaperçues.

Peut-on déterminer alors la localisation primitive de l'agent infectieux? Et dans le cas d'une lésion affectant primitivement le système endothélial, le système conjonctif, le système nerveux, peut-on déterminer les rapports réciproques de la lésion initiale avec les lésions ultérieures?

Dans les *affections inflammatoires aiguës*, l'agent infectieux n'a le plus souvent pas de localisation précise. Au point infecté la toxine porte son action simultanément sur les diverses cellules qui réagissent chacune par les processus que nous avons indiqués. Dans le foyer inflammatoire, tout participe à l'inflammation. Prenons, par exemple, un foyer de myélite aiguë infectieuse. Les leucocytes, les endothéliums vasculaires et périvasculaires, les cellules conjonctives du tissu conjonctif et des tuniques des petits vaisseaux, les cellules nerveuses et leurs prolongements cylindraxiles ou dendritiques, les cellules de la névroglie, tout sera plus ou moins lésé. Les altérations pourront être primitivement aussi accentuées sur les capillaires que sur le tissu nerveux, mais les artérioles d'un certain calibre restent souvent pendant longtemps étrangères au processus. « L'étude des inflammations locales et

des réparations organiques est encore inachevée; mais, plus on perfectionne les méthodes d'examen, mieux on se rend compte que *le rôle des vaisseaux* avait été mal défini et qu'il est nécessaire d'accorder une plus grande importance aux réactions des cellules éloignées de tout centre d'irrigation, et à l'activité propre des cellules lymphatiques.» (Brault) (1). Cette proposition est entièrement applicable aux inflammations aiguës du système nerveux.

Assurément ces réactions peuvent différer d'intensité et de nature lorsque l'organe est vierge de toute atteinte antérieure héréditaire ou acquise, ou lorsqu'il a déjà subi l'action d'une intoxication chronique ou de plusieurs attaques aiguës successives; mais le mécanisme est le même ; la réaction des leucocytes, des cellules conjonctives, des cellules endothéliales, des cellules névrogliques, des cellules nerveuses, évolue dans la même sphère et donne dans le système nerveux comme dans les autres organes à l'inflammation *les mêmes caractères*.

Là, comme ailleurs, l'inflammation aiguë aboutit soit à la nécrose rapide des éléments (foyers purulents), soit à la réparation des tissus, à laquelle contribuent, comme partout, les leucocytes. A la suite de l'attaque, l'organe restera plus ou moins amoindri dans sa vitalité cellulaire. Tandis que les cellules qui occupaient le centre du foyer auront succombé, celles moins atteintes de la périphérie se seront arrêtées au premier stade de la réaction et la manifestation la plus appréciable de ce phénomène est l'ébauche d'un travail réparateur qui se traduit pour la cellule conjonctive par le processus sclerogène. Ce fait explique pourquoi les infections aiguës peuvent laisser des traces de sclérose dans le tissu conjonctif et dans les parois vasculaires.

Dans les infections localisées subaiguës dont l'action est la plupart du temps plus durable, les réactions étant moins énergiques, les éléments pourront être plus longtemps maintenus à leur premier stade de réaction sans aboutir au stade de nécrose. La conséquence sera l'élaboration

(1) Brault : Les Scléroses, p. 17.

bien plus apparente du tissu de sclérose. Dans ce cas, dit M. Brault (1), « vous verrez se développer au fur et à mesure le rôle des vaisseaux, l'importance de la diapédèse, les réactions des tissus lymphoïdes, les irritations des glandes et des muqueuses. La réaction vasculaire, à peine appréciable dans les formes hypertoxiques des infections, intervient ici d'une façon manifeste, mais sans prendre pour cela la première place, sauf dans certaines conditions où l'éctasie capillaire est prodigieusement développée. Mais en somme, les vaisseaux n'interviennent dans les inflammations que lorsqu'ils y sont incités, ce qui n'a pas toujours lieu. Il est donc impossible, si l'on ignore la cause même de l'irritation, de savoir le rôle qui leur est réservé. De sorte que l'intervention des vaisseaux n'apparaît pas comme un phénomène nécessaire, elle est exactement subordonnée à la cause qui la provoque, et le degré d'irritation que les vaisseaux présentent ne saurait en rien permettre de préjuger celui des autres parties. »

Ces faits donnent l'explication des lésions que nous avons trouvées dans les *maladies infectieuses subaiguës* du névraxe dans lesquelles, à côté des lésions de capillaires, nous n'avons pas retrouvé d'artérité au niveau des artères d'un certain volume. Ce qui, à notre avis, a pu faire accorder, dans la paralysie spinale infantile, par exemple, le rôle principal aux vaisseaux, c'est que les phénomènes inflammatoires sont objectivement bien plus visibles au niveau de ceux-ci, surtout à cause de l'accumulation des leucocytes dans les gaines périvasculaires et dans les espaces lacunaires et aussi à cause de la présence dans leurs parois de tissu conjonctif qui dessine tout naturellement sur les préparations des lésions bien plus manifestes. Mais la lésion nerveuse, quoique moins apparente, n'en est pas moins importante. Tant que les artérioles ne sont pas oblitérées, ce qui est le cas le plus fréquent, le tissu nerveux ne souffre pas tant du manque d'apport de matières nutritives (car l'on sait que des artères même très rétrécies suffisent à la

(1) Brault : Artérites et Scléroses, p. 28.

nutrition normale du territoire nerveux correspondant), que de l'infection elle-même qui produit sur lui des altérations que la technique n'est pas toujours capable de mettre en évidence.

On n'est donc pas autorisé à dire que la lésion nerveuse soit sous la dépendance de la lésion vasculaire. Tout au plus, dans les cas anciens, lorsque le processus de réaction endartérique a pu amener l'oblitération thombosique du vaisseau, peut-on mettre sous la dépendance de l'obstruction les phénomènes secondaires que l'on observe dans le territoire irrigué.

Dans les *infections inflammatoires chroniques*, la complexité des phénomènes devient plus grande du fait de l'irrégularité de répartition des lésions et des réactions différentes que peuvent présenter les divers systèmes de cellules vis-à-vis de la cause pathogène ; *la durée même de la maladie accentue ces différences*, si bien que les processus dégénératifs peuvent être très accentués sur tel ou tel système, alors qu'ils sont à peu près nuls sur tel autre. C'est cet aspect différent des lésions qui a été cause de la division tout arbitraire des affections inflammatoires en interstitielles et parenchymateuses, alors que dans la plupart des cas elles sont toutes mixtes d'emblée. Mais la vulnérabilité plus grande de tel ou tel système chez les différents sujets, vulnérabilité due aux propriétés électives de la cause pathogène et aussi à la valeur héréditaire individuelle des différents systèmes de cellules, fera que les lésions conjonctives ou les lésions parenchymateuses peuvent prédominer les unes par rapport aux autres.

Les propriétés électives de la cause pathogène sont cause des différences d'aspect que présentent les inflammations dans des maladies infectieuses chroniques, définies, comme la tuberculose, la syphilis, la lèpre, et d'autres maladies infectieuses dont l'élément pathogène est encore à découvrir.

La valeur héréditaire individuelle des différents systèmes de cellules est cause que sous l'influence d'un agent microbien qui peut être le même, les divers individus ne

présentent pas des réactions analogues, et que chez les uns ce seront les lésions vasculo-conjonctives qui prédomineront, tandis que chez d'autres ce seront les lésions parenchymateuses. On peut même étendre plus loin cette influence de la prédisposition individuelle et admettre que, dans le parenchyme du névraxe, les divers systèmes de neurones peuvent avoir chacun leur vulnérabilité et leur mode de création particuliers De ce fait résulteraient les divers ordres de lésions systématisées que nous avons énumérés plus haut.

Étudions donc le rôle des lésions artérielles, d'abord dans les inflammations chroniques des affections définies, ensuite dans les inflammations systématisées dont, pour la plupart, nous ignorons encore la genèse.

Dans les infections à élément pathogène défini (tuberculose, syphilis, lèpre, etc.), il est possible de retrouver tous les intermédiaires entre les formes circonscrites et les formes diffuses. Mais ces dernières reconnaissant le même processus et ne différant des premières que par la confluence des lésions de même ordre, leur étude arrive à se confondre.

« En passant, dit M. Brault (1), des inflammations les plus aiguës, ou des dégénérescences les plus rapides, aux inflammations qui se localisent et prennent la *forme nodulaire*, on ne voit pas que les artères aient un rôle plus direct dans la succession des phénomènes qui s'y produisent. »

Dans la *tuberculose*, à moins de propagation directe venue d'un foyer tuberculeux voisin, le bacille ne peut aborder les centres nerveux que par la voie sanguine ou lymphatique. Ce n'est donc qu'au niveau des capillaires les plus fins qu'il pourra pénétrer, en accompagnant la diapédèse des globules blancs dans les espaces lacunaires du tissu conjonctif, soit qu'il se localise primitivement sur l'endothélium, soit qu'il pénètre, avec un leucocyte, dans

(1) Brault : *Loc. cit.*, p. 32.

les lymphatiques, soit qu'il puisse, par cet intermédiaire, se localiser sur une cellule nerveuse, fait qui n'est d'ailleurs pas démontré, la réaction de l'organisme se traduira par la mise en jeu de tous les éléments voisins. Le processus d'attaque suscitera les mêmes réactions locales que dans les affections aiguës, avec cette différence, qu'ici, l'inflammation étant moins violente, une ceinture de leucocytes aura le temps d'organiser autour du foyer une zone de protection bien plus manifeste. Si le tubercule s'est localisé primitivement dans le tissu conjonctif, les vaisseaux ne participent au processus que par des lésions de voisinage; si c'est dans une artériole, tant que la lumière du vaisseau reste perméable, la lésion évolue comme ailleurs, sans déterminer la moindre altération dans le territoire irrigué. Ce n'est que dans les cas d'oblitération que des phénomènes de nécrose peuvent s'y montrer, mais ces altérations sont, comme on le voit, secondaires et banales, car elles se présentent toujours les mêmes, quelle que soit la cause de l'oblitération (Brault). A mesure que la lésion gagne en extension, le centre du foyer subit la dégénérescence caséeuse, mais les parties voisines subissent également l'influence de la toxine.

Dans les méningites tuberculeuses, par exemple, les cellules nerveuses de l'écorce présentent des lésions bien caractéristiques dues à un véritable processus d'encéphalite subaiguë qui relève bien de l'action de la toxine ellemême, et est tout à fait distinct des lésions dues à l'oblitération artérielle ou aux foyers hémorrhagiques, produits par les ruptures vasculaires.

Dans la *syphilis*, nous retrouvons des altérations présentant un mode d'évolution analogue. Toutes les différences sont dans la différence de la réaction de l'organisme, qui aboutit à la gomme au lieu d'aboutir au tubercule. Mais les vaisseaux n'ont pas un rôle plus important que précédemment dans la succession des lésions, et « bien que l'opinion inverse ait été soutenue à propos des gommes syphilitiques, et que l'on ait cru pouvoir affirmer qu'elles résultaient de l'oblitération des artères, il est difficile de dire dans quel organe elles correspondent à de semblables

désordres (1) ». Si, dans l'infection syphilitique, les centres nerveux subissent l'influence morbide de la syphilis, c'est à la toxine elle-même qu'il faut en demander la raison. Les productions localisées paraissent dépendre d'une localisation microbienne ; lorsque celle-ci se fait sur une artère, le tissu nerveux ne présente pas, autour du foyer, d'autres altérations que lorsque la localisation se fait primitivement ailleurs, et les seuls accidents à mettre sur le compte de l'artérite syphilitique sont, comme dans la tuberculose, des accidents secondaires dus, soit à l'oblitération, soit à la rupture d'un vaisseau.

Pour les autres *maladies infectieuses* que la tuberculose et la syphilis, nous ferions les mêmes constatations. « Il n'existe pas, dit M. Brault (2), une seule maladie infectieuse du type microbien ou d'un type parasitaire plus élevé, où il ne soit facile de montrer que toutes les lésions s'expliquent par l'action directe des parasites, sans intervention des vaisseaux. Cette intervention est de moins en moins appréciable, lorsqu'on envisage les formes nodulaires des maladies infectieuses chroniques. La sclérose apparaît alors comme la réaction habituelle du tissu conjonctif en face d'irritations longuement poursuivies. Nous savons que, dans cette longue série d'altérations, les lésions des artères sont inconstantes, et que tous les stades inflammatoires peuvent être expliqués sans leur intervention. Lorsque, par hasard, on vient à constater des modifications profondes de l'endartère, ce serait une faute que de leur attribuer les destructions organiques qui les accompagnent. »

Quel est, maintenant, le rôle des artérites dans les *maladies du système nerveux* qui affectent une *disposition systématique* plus ou moins marquée, suivant les lésions de tels ou tels sytèmes de neurones ?

Disons de suite que la systématisation même des lésions paraît impliquer le rôle prépondérant de la prédisposition

(1) Brault : *Loc. cit.*, p. 46.
(2) Brault : *Loc. cit.*, p. 54.

individuelle. Peut-être aussi y a-t-il à invoquer une action élective de la part des substances toxiques, auxquelles il est possible que ces lésions systématisées doivent être rapportées. Quoi qu'il en soit, le rôle des vaisseaux ne paraît pas différer de ce qu'il est dans les maladies que nous venons de passer en revue.

Dans les affections dégénératives des neurones moteurs et des neurones sensibles, ce sont surtout les petits vaisseaux qui sont touchés, mais leurs lésions sont tout à fait banales. Il est cependant intéressant de revenir sur la théorie des tabes, soutenue par Ordonnez, Adamkiewicz, Buzard, Déjérine, Obersteiner. Pour ces auteurs, les lésions médullaires des *tabes* pourraient être considérées comme une *sclérose vasculaire* systématisée, suivant le trajet intra-médullaire des racines postérieures. Comment expliquer, par cette théorie, la localisation des lésions à une multitude d'artérioles qui ne diffèrent en rien des artères qui irriguent les territoires respectés, et qui communiquent largement avec ces dernières à la périphérie de la moelle ? Comment pourrait-on concevoir qu'une substance toxique ou qu'un agent microbien choisisse, pour exercer ses ravages, parmi ces artères toutes semblables, justement celles qui irriguent les cordons postérieurs, et cela sur toute la hauteur de la moelle ? Il nous suffit, ce nous semble, de poser la question.

Il paraît au contraire bien plus logique de considérer la lésion vasculaire comme concomitante de la lésion nerveuse, ou plus probablement consécutive à cette dernière. D'ailleurs, la théorie vasculaire est en opposition formelle avec la théorie primitivement parenchymateuse du tabes qui nous a paru la plus acceptable. Dès lors, la disposition topographique des lésions vasculaires s'explique d'elle-même ; les artères ne font que participer au processus systématique et leurs lésions, de même que les lésions conjonctives, en limitent les contours.

Pour la *paralysie générale*, nous pourrions répéter ici les arguments qui nous ont fait nous rallier à la théorie de sa détermination primitivement parenchymateuse. (Meschede, Joffroy, Klippel, Pierret, Zacher.) Les lésions du

tissu conjonctif et des vaisseaux doivent passer au second plan. Cependant, ici, la grande diffusion des lésions sur les divers systèmes de neurones, leur absence de systématisation bien nette, distingue la paralysie générale des affections plus franchement systématisées.

Aussi pour ces raisons, et par analogie avec les affections parenchymateuses, d'autres organes, hépatites chroniques, néphrites chroniques, avons-nous émis avec Klippel l'hypothèse de sa nature infectieuse (Coulon) (1). Cette hypothèse nous paraît d'autant plus soutenable qu'un grand nombre d'affections parenchymateuses chroniques sont considérées aujourd'hui comme de nature infectieuse. Aussi, dans la paralysie générale, peut-être moins que dans les affections plus systématisées, doit-on considérer comme importante la prédisposition individuelle élective de chaque espèces de neurones, puisque l'agent toxique peut faire sentir son influence sur toutes les espèces de cellules nerveuses. Le fait même qu'à côté des neurones lésés il peut y avoir des neurones de même espèce respectés, serait un argument en faveur de cette théorie.

Quoi qu'il en soit, nous sommes amené à considérer la paralysie générale comme représentant pour les centres nerveux quelque chose d'analogue à ce que sont les hépatites chroniques pour le foie ou les néphrites chroniques pour le rein. Les expressions d'interstitielle et de parenchymateuse, appliquées à l'encéphalite, seraient trop exclusives et nous serions plutôt amené à considérer la maladie comme une maladie chronique des centres nerveux dans laquelle, comme pour le foie et pour le rein, les lésion n'affectent aucune systématisation topographique bien délimitée, quoique dans le plus grand nombre des cas les cellules de l'écorce soient le plus fortement atteintes. Là, comme dans les affections des autres organes, les altérations de la trame vasculo-conjonctive qui sont en quelque sorte banales, marcheraient de pair avec les altérations des cellules nerveuses. Cette interprétation rendrait compte de ce fait qu'il peut y avoir des

(1) Coulon : Thèse de Paris, 1896.

territoires sains à côté de territoires lésés, et que dans les territoires lésés les altérations vasculo-conjonctives se retrouvent à côté des lésions cellulaires. Ces diverses lésions seraient l'une et l'autre sous la dépendance des altérants toxiques ou infectieux, et le degré d'énergie de ces altérants lié au degré de prédisposition individuelle, suffirait à expliquer pourquoi, dans les cas récents, les lésions parenchymateuses prédominent, alors que dans les cas anciens où les lésions ont eu le temps de s'organiser, on trouve des lésions de sclérose vasculo-conjonctive très accentuées. Mais, qu'on le remarque bien, jamais les lésions vasculo-conjonctives ne paraissent primitives.

Il nous reste maintenant à dire un mot du rôle de l'artérite dans les affections inflammatoires auxquelles donnent lieu les *associations microbiennes* et dans certaines formes dites associées où l'on retrouve côte à côte des lésions vasculaires qui paraissent relever de processus différents.

L'étude du rôle des associations microbiennes dans la pathologie du système nerveux est encore à son début. Cependant, à côté des formes que l'on peut considérer comme pures, elle prend une importance tous les jours croissante.

A côté de lésions artérielles relevant de la syphilis, par exemple, on peut rencontrer d'autres lésions artérielles qui doivent être rapportées à une autre cause, souvent infectieuse. L'artérite tuberculeuse avec présence du nodule tuberculeux contenant le bacille s'associe souvent à des artérites d'une autre nature. Si la nature infectieuse des artérites qui évoluent sous le type de l'artério-sclérose n'est pas admise par tous, certains auteurs sont disposés à l'admettre (Hanot). L'on pourrait reconnaître dès lors, à côté des lésions vulgaires d'artério-sclérose, des lésions artérielles mieux différenciées, dues à un agent pathogène déterminé. C'est ainsi que l'on pourrait expliquer chez un même sujet la présence d'altérations athéromateuses à côté de lésions scléro-gommeuses syphilitiques

ou de tubercules miliaires. Et ne pourrait-on, dans ce cas, considérer les lésions de sclérose artérielle, déjà existantes, comme un point d'appel pour les infections ultérieures ?

Cette conception paraît tout au moins possible, sinon de prime abord acceptable, car le polymicrobisme est un fait tellement banal que ce sont au contraire les formes pures qui doivent être considérées comme l'exception.

Dès lors, nous assisterons du côté des éléments nerveux à des réactions pathologiques en rapport avec ces infections microbiennes multiples. A côté des lésions purement syphilitiques ou tuberculeuses bien caractérisées par leurs caractères spécifiques, nous pourrons voir évoluer en rapport avec les lésions banales de la sclérose artérielle, des modifications correspondantes survenues dans le territoire nerveux. Un athéromateux devenu syphilitique ou tuberculeux sera autre chose qu'un syphilitique pur ou qu'un tuberculeux pur, non seulement par ses lésions artérielles, mais par ses lésions nerveuses.

Ce que nous disons des associations microbiennes, nous pourrions le dire à propos des autres associations morbides dont les causes sont encore inconnues, mais qui ne laissent pourtant aucun doute sur leur différence de nature.

Dans la paralysie générale, en effet, on peut rencontrer, à côté des lésions typiques de la paralysie générale, des lésions athéromateuses vulgaires ou des lésions d'artérite tuberculeuse ou syphilitique.

M. Cullerre (1) quoique faisant de l'athérome une lésion sénile, pense qu' « il existe une forme de démence paralytique qui se caractérise à la fois par les lésions ordinaires de la méningo-encéphalite et par celles de la sénilité cérébrale, l'athérome, les anévrysmes miliaires, les foyers de ramollissement jaune. »

Dans la syphilis des centres nerveux, on peut rencontrer des lésions athéromatheuses banales. Bien que, dans le

(1) Cullerre : *Annales médico-psych.*, 1882, t. I, p. 386.

plus grand nombre de cas, on puisse considérer la syphilis comme pouvant aboutir à la sclérose artérielle et produire des lésions ne différant pas des lésions athéromateuses vulgaires (CORNIL (1), CHARRIER et KLIPPEL (2), on ne peut nier la coexistence possible des lésions véritablement de nature syphilitique (scléro-gommes) et de lésions athéromateuses vulgaires pouvant relever d'une autre cause que de la syphilis. En un mot on peut concevoir que des sujets porteurs de lésions athéromateuses puissent contracter la syphilis et faire du côté de leurs artères des déterminations de nature syphilitique.

M. KLIPPEL (3) a donné à ces complexes anatomo-pathologiques le nom de *paralysies générales associées* pour bien montrer que ces formes répondent à de simples associations d'affections différentes, différant par là même des pseudo-paralysies générales, dans lesquelles les lésions typiques de la paralysie générale ne se retrouvent pas.

On conçoit dès lors de quelle difficulté est le problème de la détermination primitive des lésions dans ces formes associées, et combien les rapports réciproques des lésions artérielles et des lésions nerveuses deviennent obscurs. Il est cependant dans certains cas possible par l'analyse des lésions dans les cas typiques, de distinguer à leurs caractères propres celles qui dans les cas complexes doivent être attribuées à telle cause plutôt qu'à telle autre. Mais il est souvent difficile de dire si par exemple ce sont les lésions athéromateuses qui ont précédé celles de syphilis ou inversement.

Dans ces formes associées, si l'on peut dans certains cas considérer les lésions comme évoluant côte à côte chacune pour son propre compte, on doit toujours envisager la possibilité des actions réciproques que ces lésions différentes peuvent avoir les unes sur les autres non seulement dans leur détermination primitive, mais dans leur évolution ultérieure.

(1) CORNIL : *Jour. des connais. médic*, 11 fév. 1886.
(2) CHARRIER et KLIPPEL : *Rev. de méd.*, sept. 1894.
(3) KLIPPEL : *Archiv. de méd. expér.*, 1er sept. 1891.

Vue d'Ensemble

Nous venons d'esquisser, au point de vue pathogénique, les rapports qui existent entre les artérites et les affections du système nerveux, et nous venons de voir, que si, dans la très grande majorité des cas, les lésions artérielles peuvent s'ajouter à des lésions des cellules nerveuses, on n'est pas autorisé à considérer l'artérite comme la cause de la maladie nerveuse.

Mais, si le rôle de l'artérite paraît bien restreint *dans la pathogénie* des affections du système nerveux, il est, en revanche, considérable dans toute une série d'accidents qui doivent être considérés comme la conséquence de l'artérite elle-même : l'ectasie anévrysmale, la rupture artérielle et l'oblitération thrombosique. Nous avons déjà étudié ces complications de l'artérite, et nous ne voulons ici que donner une vue d'ensemble sur ce que nous paraît être le rôle de l'artérite dans la pathologie du système nerveux.

Lorsque les voies d'apport du tissu nerveux viennent à être lésées, que devient la nutrition de ce tissu ?

Il est prouvé, par des faits indiscutables d'aplasie congénitale des artères, qu'un tissu n'a pas besoin pour fonctionner normalement de toute la quantité de sang apporté par ses vaisseaux nourriciers, et qu'une diminution de calibre même assez marquée de ceux-ci est compatible avec un fonctionnement physiologique normal.

Assurément, au moment d'un fonctionnement actif de l'organe, la congestion traduit le besoin d'une circulation plus active, mais à l'état normal, la consommation est loin d'exiger l'utilisation de tous les matériaux nutritifs apportés. Si une cause quelconque vient à rétrécir le calibre des artères ou de leurs branches, l'organe pourra avoir encore au repos, une plus-value de matières nutritives ; mais, s'il est obligé d'exagérer son fonctionnement, on verra apparaître des phénomènes de *claudication inter-*

mittente bien étudiés par Charcot ; l'organe est en état de méiopragie d'origine artérielle.

Si le calibre du vaisseau arrive jusqu'à l'oblitération, comme les artères des centres nerveux peuvent être considérées, pour la plupart, comme terminales, l'ischémie sera complète, et à la méiopragie succèdera l'apragie. Le dernier stade de ce défaut de nutrition sera la mort du territoire irrigué par le vaisseau, la nécrobiose des éléments. Ces faits de simple physiologie pathologique dominent l'histoire d'une grande classe d'accidents dus à l'artérite. Ils éclairent en outre la pathogénie du ramollissement.

Lorsque l'artérite se traduit par l'ectasie anévrysmale, ce sont les accidents consécutifs, soit à la présence de la tumeur anévrysmale, soit à la rupture de cette tumeur que l'on observe. La plupart des hémorrhagies qui se font dans les centres nerveux relèvent de cette cause.

Enfin, une embolie venue d'un point éloigné du système artériel, peut déterminer au niveau des centres nerveux des phénomènes de thrombose suivie d'oblitération et des accidents consécutifs.

C'est presque uniquement, semble-t-il, à ces accidents et à leurs conséquences, qu'il faut réduire, avec les anatomo-pathologistes les plus compétents, le rôle des artérites dans la pathologie, et en particulier dans la pathologie du système nerveux.

Que deviennent donc les scléroses diverses du cerveau, du bulbe, de la moelle dont on avait cru pouvoir rendre les artérites responsables ?

Sous le coup d'une infection quelconque, le tissu nerveux réagit par le processus de l'inflammation. Suivant les prédispositions individuelles, suivant les propriétés de l'agent pathogène, la localisation s'effectue primitivement sur le système conjonctivo-vasculaire ou sur les éléments nerveux. Le plus souvent, il faut le dire, on est autorisé à penser que c'est à la fois sur tous les systèmes de cellules que la cause pathogène fait sentir son influence, mais que tous, suivant les circonstances que nous venons d'indiquer, sont inégalement frappés.

Tel individu à cellules nerveuses vigoureuses et bien constituées pourra porter longtemps dans ces centres nerveux des lésions artérielles même très avancées qui, si elles n'aboutissent pas aux accidents dont nous avons parlé, peuvent ne se traduire par aucun symptôme appréciable.

Tel autre au contraire, héréditairement dégénéré, aura des troubles nerveux graves, des phénomènes d'ischémie et de claudication intermittente dès que l'athérome rétrécira même faiblement le calibre de ses artérioles.

Ces faits expliquent jusqu'à un certain point la prédominance des lésions sur le système conjonctivo-vasculaire ou sur le système nerveux dans des affections relevant d'une même cause.

Mais dans tous les cas, l'artérite apparaît comme concomitante du phénomène morbide, et comme ne le créant pas ; et lorsque les infections ou même les substances toxiques conduisent l'organe tout entier ou certains territoires de l'organe à la sclérose, ce n'est pas en lésant primitivement les artères.

Nous avons vu, en effet, que les altérations artérielles les plus accentuées ne peuvent souvent pas grand'chose pour entraver le fonctionnement normal du tissu nerveux. C'est en lésant en même temps que le tissu conjonctif de l'artère, le tissu nerveux lui-même, les neurones et souvent aussi les cellules épendymaires et la névroglie.

La sclérose des artères dont on a voulu faire une manifestation de l'*arthritisme*, c'est-à-dire d'une diathèse, paraît, au contraire, être le plus souvent la conséquence d'une infection. Hanot (1) déclare que l'artério-sclérose, ordinairement d'*origine infectieuse*, est quelquefois consécutive à une artérite aiguë rhumatismale. Le plus souvent, cette sclérose artérielle va de pair avec la transformation scléreuse de l'organe tout entier ; mais, dit M. Brault (2), « il n'existe pas de *fibrose primitive* pouvant être considérée

(1) Hanot : Consid. gén. sur le rhumat. articul. aigu. *Presse méd*, juin 1894.

(2) Brault : Artérites et Scléroses, p. 151.

comme le substratum anatomique de certaines prédispositions morbides, telles que l'arthritisme. — Quant au tissu interstitiel et aux vaisseaux des appareils les plus compliqués, leurs lésions marchent de pair avec celles des autres parties aussi bien dans le foie, le rein, les glandes de la peau, que dans les muscles, *le cerveau, la moelle et les nerfs.* — L'artério-sclérose est, bien plus souvent qu'on ne le croit, limitée à un petit nombre de vaisseaux. Les seuls accidents dont soient menacés les malades qui en sont atteints, sont les oblitérations, les ectasies et les ruptures artérielles avec toutes leurs conséquences.

L'association possible des multiples localisations de la sclérose artérielle avec les scléroses viscérales, explique les erreurs d'interprétation qui ont permis à certains auteurs de considérer la doctrine de l'artério-sclérose étendue à tous les viscères, comme définitivement établie, mais la très grande fréquence des *scléroses organiques isolées* sans coïncidence de lésions vasculaires, la condamne sans appel ».

CONCLUSIONS

Dans les rapports réciproques des lésions artérielles et des lésions nerveuses qui peuvent évoluer sous l'influence d'une même cause, une infection, par exemple, le degré de dégénérescence cellulaire héréditaire ou acquise, peut rendre compte de la prédominance, variable suivant les sujets, des lésions sur le système artériel ou sur les éléments nerveux.

Les intoxications n'ont généralement que peu d'action sur les artères comme processus d'attaque. Elle ont probablement une influence plus marquée sur des lésions artérielles déjà constituées. Mais leur action est uniforme sur toutes les parties du système artériel et l'on doit se garder de mettre sur le compte des intoxications des lésions artérielles d'une autre nature qui peuvent coexister

et qui affectent presque toujours une disposition plus ou moins circonscrite.

Dans la grande majorité des cas, les lésions artérielles du système nerveux sont des lésions d'endartérite ayant le caractère d'un processus local. Leur retentissement sur les éléments nerveux voisins ne s'expliquerait que par la propagation de l'inflammation à ces éléments si les lésions artérielles étaient primitives.

Mais le plus souvent lésions artérielles et lésions nerveuses sont concomitantes et relèvent de la même influence pathogène, le plus souvent de l'infection.

Ce fait explique pourquoi la cause pathogène, portant son effet sur tous les éléments d'un organe, peut déterminer *par des localisations très variables de l'infection sur tel ou tel point de son territoire* des lésions locales, dans lesquelles on retrouve des altérations vasculaires à côté des altérations des cellules nerveuses, alors que les territoires voisins peuvent être plus ou moins et parfois absolument respectés.

Les attaques violentes qui conduisent rapidement les éléments à la nécrose, déterminent dans le tissu nerveux tous les caractères de l'inflammation aiguë. Dans la plupart des maladies infectieuses qui atteignent le système nerveux, l'artérite est concomitante de la lésion nerveuse, mais ne la crée pas.

Dans les inflammations plus lentes, les deux ordres de lésions peuvent marcher côte à côte, avec prédominance plus manifeste sur le système artériel ou sur les éléments nerveux, mais là encore on peut se rendre compte de l'indépendance relative de chaque ordre de lésion.

Dans les maladies qui affectent une disposition plus ou moins systématique, ce n'est pas la sclérose artérielle qui est cause de cette disposition. Les lésions dégénératives des faisceaux blancs sont bien plus nécessairement liées à des lésions de leurs centres cellulaires. Mais dans les territoires lésés, les artères participant au processus inflammatoire affectent tout naturellement dans la distribution de leurs lésions une disposition topographique en rapport avec celle du territoire lésé.

Dans les inflammations chroniques des centres nerveux qui se terminent par la sclérose, il faut admettre que cette sclérose, qui n'est jamais uniformément étendue à tout l'organe, mais affecte plus spécialement certains territoires souvent à l'exclusion de certains autres, est la conséquence de processus inflammatoires, souvent répétés, ayant déterminé à la fois des réactions de la part des vaisseaux et de la part des éléments nerveux dans ces territoires. Mais on ne peut mettre cette sclérose sur le compte des lésions artérielles.

Dans la pathologie du système nerveux, le rôle des artérites est presque entièrement contenu dans celui des lésions secondaires auxquelles elles peuvent donner naissance : les dilatations anévrysmales et les phénomènes les plus souvent locaux qu'elles déterminent ; les diminutions de calibre dues à l'épaississement des parois artérielles, qui peuvent entraîner des phénomènes de claudication intermittente et d'ischémie ; les oblitérations emboliques ou thrombosiques qui déterminent des foyers de ramollissement, enfin les ruptures artérielles et tout le cortège des accidents qui leur sont attribuables.

En dehors de ces accidents, des lésions artérielles même très avancées peuvent ne se traduire par aucun symptôme.

COMMUNICATIONS DIVERSES

MM. BRISSAUD et de MASSARY

Hémiplégie progressive

Le symptôme hémiplégie progressive paraît indissolublement lié au ramollissement cérébral à début lent et à étapes successives qui s'observe chez le vieillard. S'il en est ainsi, l'hémiplégie progressive n'est qu'un des symptômes du ramollissement chronique. Elle doit toujours être accompagnée du cortège symptomatique habituel : affaiblissement progressif de la force physique, de l'adresse des mouvements, de la mémoire et du jugement, traduisant cette déchéance intellectuelle qui, de degré en degré, aboutit à la démence.

Enfin, nous savons que la cause anatomique de cette hémiplégie progressive réside en la formation de foyers multiples de ramollissement, foyers corticaux ou centraux.

Telle n'est pas cependant la règle absolue, et par opposition à cette hémiplégie progressive à attaques successives, relevant de foyers de ramollissements multiples par artérite des petits vaisseaux, nous signalerons une hémiplégie à évolution lentement et uniformément progressive, hémiplégie qui est le fait non pas de foyers multiples mais d'un foyer unique.

Certes, la symptomatologie de cette forme d'hémiplégie progressive est connue; elle se trouve ébauchée dans tous les traités classiques et complètement décrite par le professeur Fournier dans ses leçons sur la syphilis, étudiée

plus particulièrement chez la femme, leçons publiées en 1873.

Nous ne saurions mieux faire que de transcrire sa description : « Cette hémiplégie se produit sans attaque, c'est-à-dire sans cette espèce de sidération subite à laquelle on donne vulgairement le nom d'apoplexie, de coup de sang. Les malades, au moment où ils sont frappés, ne tombent pas, ne perdent pas connaissance, ne passent pas soudainement de l'état de santé à l'état de collapsus, de résolution générale. Tout se passe au contraire sans fracas, sans *ictus*, lentement, sourdement, de la façon suivante : quand ils marchent on s'aperçoit, comme ils le disent eux-mêmes, du reste, qu'ils ne sont plus « solides sur leurs jambes » Puis, une des jambes commence à traîner dans la marche ; des faux pas, des heurts, des chutes se produisent ; — le bras du même côté s'alourdit, ne se meut qu'au prix d'un certain effort, n'est plus soulevé qu'avec peine ; la bouche se dévie, insensiblement d'abord, puis d'une façon de plus en plus marquée. Tout cela se fait sans secousse, tout cela s'accomplit graduellement en l'espace d'un ou de deux jours, en l'espace de quelques heures même parfois, sans autres phénomènes qu'un état de malaise général et de torpeur plus ou moins accentuée.

Ces troubles de motilité continuant à s'accroître, l'hémiplégie se trouve bientôt confirmée. Elle n'est jamais complète, absolue. Ainsi, le membre inférieur, bien qu'incapable de soutenir le poids du corps, reste susceptible de certains mouvements ; — le supérieur, très diminué comme force, peut encore se soulever ; — impuissants à serrer, à saisir un objet, les doigts conservent quelque motilité ; — la paralysie faciale n'est également que partielle ; l'œil (comme dans les hémiplégies d'origine cérébrale) peut se fermer ; la parole n'est embarrassée que par l'articulation des consonnes labiales, etc. La bouche, en revanche, est toujours fortement déviée, et la distorsion des traits, surtout dans le rire ou les grands mouvements de la face, est des plus marquées.

« Je n'ai pas trouvé que la sensibilité fût compromise parallèlement à la motilité.

« Quant aux autres fonctions, elles restent à peu près indemnes ou ne sont influencées que d'une façon légère et sans intérêt ».

Dans l'observation qui fait l'objet de cette communication, la paralysie mit un mois à envahir le côté droit dans sa totalité.

Il s'agissait d'un homme de quarante-sept ans, actif, intelligent, caissier de son état et ayant toujours joui d'une santé florissante.

Etait-il syphilitique ? Cette question capitale ne peut être tranchée ; il nie absolument tout accident de cette nature ; il se rappelle bien avoir eu jadis une ulcération sur la verge, mais aucune manifestation spécifique ne s'ensuivit. Enfin, notre malade fut alcoolique, il y a une dizaine d'années, depuis cette époque il est sobre.

Le premier trouble paralytique fut une sensation de faiblesse accompagnée de fourmillements dans le bras droit ; puis, en dix jours l'adresse dans les mouvements disparut, l'écriture devint impossible ; la main était capable de prendre un porte-plume, mais ne pouvait exécuter les mouvements nécessaires pour tracer les lettres. A ce moment le bras était encore capable de s'élever ; mais en quatre jours, c'est-à-dire quatorze jours après le début, la force se perdit complètement et le bras retomba inerte le long du tronc.

Pendant que se complétait cette impotence fonctionnelle du membre supérieur, le membre inférieur du même côté se prenait, la jambe devenait lourde, inhabile, et en vingt jours était entièrement paralysée.

En même temps la paralysie envahissait le côté droit de la face, de sorte qu'en vingt jours une hémiplégie totale droite était constituée.

A partir de ce moment la parole s'embarrassa, l'intelligence s'obscurcit peu à peu, le coma fit son apparition ; il persista douze jours, puis le malade mourut.

Voici donc une observation rapidement résumée et dans laquelle le caractère primordial est la progressité lente, continue, de l'envahissement par la paralysie du côté droit : parésie, puis paralysie du bras droit, parésie, puis

paralysie de la jambe droite, du côté droit de la face, affaiblissement de l'intelligence, coma, mort — tous ces symptômes apparaissant petit à petit, les uns après les autres, et s'établissant définitivement en un mois.

Quelle est la lésion capable de produire un semblable syndrome?

Sans entrer dans la discussion des théories pathogéniques précédemment admises, voyons ce que nous présentait le cerveau du malade.

Nous passons rapidement sur la vascularisation anormale des méninges, sur la plus grande quantité de liquide céphalo-rachidien pour arriver immédiatement à la description d'une lésion considérable siégeant sur les circonvolutions rolantiques de l'hémisphère gauche.

Cette lésion est un foyer très étendu de ramollissement blanc qui occupe les deux tiers inférieurs des circonvolutions rolantiques. Les limites antérieures de ce ramollissement sont la branche ascendante de la scissure de Sylvius, le pied de la deuxième circonvolution frontale sur laquelle il empiète ; ses limites postérieures sont exactement celles de la circonvolution pariétale ascendante. En bas, la scissure de Sylvius le circonscrit ; en haut, une ligne prolongeant en arrière la seconde scissure frontale marque son point le plus élevé.

Les circonvolutions lésées sont aplaties et considérablement élargies, leur diamètre transverse mesure plus du double du diamètre des circonvolutions symétriques restées saines. Elles sont blanchâtres, privées des rameaux vasculaires qui sillonnent les circonvolutions voisines. Enfin, caractère important, la consistance de ces circonvolutions est d'une mollesse toute particulière qui tranche nettement avec la substance cérébrale intacte environnante. De plus, il existe une infiltration œdémateuse considérable qui détache la pie-mère de la substance corticale sous-jacente et dissocie cette dernière.

Le cerveau fut plongé après l'autopsie dans une solution de formol et les coupes macroscopiques ne furent pratiquées que six mois après.

L'aspect de la lésion est resté le même, et, fait curieux,

la mollesse des circonvolutions atteintes est relativement plus sensible encore, c'est-à-dire que les parties voisines complètement durcies limitent avec une plus grande précision la zone nécrosée.

Les coupes macroscopiques démontrent que la lésion ne se propage pas à une grande profondeur; la substance grise est complétement infiltrée et dissociée, la substance blanche sous-jacente est également ramollie dans l'épaisseur de un centimètre et demi à deux centimètres. Les parties centrales du cerveau : corps opto-striés et capsule interne sont intacts. Sur ces coupes macroscopiques l'aspect de la lésion est particulier, la coloration est jaunâtre, la substance grise et la substance blanche sont également criblées de vacuoles, certains endroits de la substance grise apparaissent comme celluleux.

L'étude microscopique confirma les données de l'examen macroscopique en ce sens qu'il démontra l'infiltration œdémateuse considérable de la substance nerveuse, des corps granuleux s'insinuaient dans les mailles de la névroglie. Quant aux cellules nerveuses elles-mêmes les simples colorations au picro-carmin que nous avons faites ne permirent pas de juger leurs lésions. Les colorations par la méthode de Pal montrèrent que la myéline des tubes nerveux n'avait pas encore subi de modifications appréciables.

En présence de ces lésions typiques de ramollissement blanc il était de toute nécessité de rechercher quel était l'état du système artériel. Des coupes furent pratiquées sur trois branches de la sylvienne pénétrant dans le foyer de ramollissement, sur la sylvienne elle-même à des hauteurs différentes, sur la cérébrale antérieure, sur la carotide interne. Or, nous avons pu constater que la sylvienne et ses branches étaient intactes ; que la cérébrale antérieure était intacte, mais que l'extrémité supérieure de la carotide interne un peu au-dessous de l'endroit où cette artère se bifurque en cérébrale antérieure et en sylvienne, était le siège d'un nodule d'endartérite qui avait presque complètement oblitéré sa lumière ; la partie centrale seule permettait un léger suintement du sang. Ce foyer d'endartérite pénétrait dans la partie initiale de la sylvienne, mais au

lieu d'être annulaire comme dans la carotide il n'était plus qu'à l'état d'un bourgeon végétant sur un côté de la paroi artérielle

Comment expliquer la relation qui existe entre ces deux lésions : ramollissement des circonvolutions rolandiques, endartérite formant ligature à l'extrémité supérieure de la carotide? Et d'abord, expliquons pourquoi le territoire de la cérébrale antérieure était irrigué d'une façon suffisante : la carotide opposée était intacte, la communicante antérieure largement perméable constituait la voie de dérivation par laquelle cette cérébrale antérieure gauche était alimentée ; d'où absence de foyer de ramollissement dans la zone d'irrigation de cette artère.

Quant à la sylvienne, il est facile de se rendre compte de la défectuosité de sa circulation : le sang passait en suintant de la carotide dans cette artère elle-même et tant que la lumière a été suffisante, l'équilibre persista, puis vint un moment où l'état méiopragique fut rompu, l'œdème apparut.

Au premier abord ce fait d'un foyer d'endartérite d'un gros tronc vasculaire produisant un œdème localisé au territoire d'une de ses artères terminales pourrait paraître paradoxal. Ne voyons-nous pas cependant ce fait se produire fréquemment et pour ainsi dire sous nos yeux dans l'artérite des gros vaisseaux des membres, et particulièrement dans l'artérite fémorale? Est-ce qu'un des symptômes les plus constants et les plus typiques de la forme subaiguë de cette artérite ne consiste pas en un œdème, spécial il est vrai, différent de l'œdème de la phlegmatia par son siège, qui occupe surtout la racine de la cuisse et non les malléoles, par sa consistance, par la lenteur plus grande de sa production? Cet œdème, qui reconnaît surtout pour cause la suppression de la tension artérielle et de la vis a tergo, n'est-il pas précisément le même que celui que nous avons observé dans les circonvolutions rolandiques de notre malade ? N'est-ce pas lui qui s'étendant progressivement, au fur et à mesure que la circulation artérielle devenait plus pénible, aurait dissocié puis lésé des éléments nerveux de plus en plus nombreux ; et créé par conséquent

cette hémiplégie progressive sur laquelle nous avons insisté?

Tels sont, croyons-nous, les symptômes et la cause anatomique d'une variété d'hémiplégie lentement progressive qu'il importe de dégager. Mais si cette hémiplégie progressive a un caractère clinique à elle, il est de toute évidence qu'un malade atteint de ramollissements lacunaires multiples peut avoir sur une des grosses artères de la base du cerveau un nodule d'endartérite et présenter ainsi à un moment donné une hémiplégie progressive, semblable à celle que nous avons décrite, mais dont la pureté clinique se perdra dans les manifestations morbides antérieures.

Cette action à distance du nodule d'endartérite est d'autant plus intéressante à connaître, telle que nous la démontre notre observation anatomo-clinique, que chez beaucoup de sujets atteints de ramollissement chronique et de débilité sénile, nous faisons appel sur ce point à nos collègues des asiles, ils doivent en avoir l'expérience, on constate souvent à un moment donné une hémiplégie typique dont l'autopsie ne fournit pas la justification.

Dans ces cas on trouve souvent des foyers multiples dans les hémisphères, soit au centre, soit dans la substance blanche de Vieussens, mais aucun de ces foyers n'explique l'hémiplégie, et il est notoire même que souvent le maximum des lésions n'est pas du côté opposé à l'hémiplégie.

Il faut donc bien admettre une action particulière d'insuffisance fonctionnelle permanente et s'accusant chaque jour davantage : celle qui résulte d'un œdème dû à une oblitération artérielle partielle et lointaine, et si, dans les cas du même genre qui ont été observés et que l'on observera encore, il n'y a pas comme dans notre observation anatomique un œdème blanc hypertrophique aussi caractérisé, cela tient à ce que dans notre observation les faits étaient de date récente.

M. PETRUCCI, lit un mémoire sur *une épidémie de myélite infectieuse* observée à l'Asile de Sainte-Gemmes, dans le cours de 1897.

Épidémie de myélite infectieuse à l'Asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire

Messieurs,

J'ai eu l'occasion de signaler à la Société de Médecine, l'éclosion d'une épidémie aussi grave qu'étendue, ayant frappé plus d'une centaine de malades à l'Asile de Sainte-Gemmes.

J'ai dit que la maladie se présentait sous la forme d'une myélite infectieuse, caractérisée par trois ordres desymptômes principaux :

1° *Troubles digestifs et circulatoires :*

2° *Troubles nerveux et paralytiques :*

3° *Troubles trophiques.*

J'ai ajouté que la cause et la nature exacte de cette épidémie m'étaient jusqu'alors inconnues, mais que j'avais quelques raisons de la rattacher par des points de ressemblance à une épidémie ancienne de pellagre, ayant sévi pendant une période d'années assez longue de 1858 à 1865 et étudiée d'une manière très spéciale par l'un de mes prédécesseurs, M. le Dr Billod.

Quelques confrères ont émis des doutes sur la nature pellagreuse de la maladie que j'ai signalée, arguant, non sans raison, que le symptôme diarrhée n'y était pas constant, alors que ce signe est pour ainsi dire pathognomonique de la pellagre.

Notre confrère, M. le Dr Péon, ancien médecin adjoint de l'Asile de Sainte-Gemmes qui a soigné les pellagreux avec le Dr Billod, s'est même levé subitement de sa chaise pour affirmer avec plus de force et d'autorité qu'il ne pouvait jamais exister de pellagre sans diarrhée.

J'ai indiqué les premières mesures thérapeutiques et hygiéniques prises pour combattre le fléau.

J'ai fait pressentir que l'impureté des eaux de l'Authion, surtout à la saison des chanvres, l'encombrement, l'humidité et l'insolation pouvant être les facteurs principaux du développement du germe morbide.

J'ai fait appel au concours précieux du laboratoire de bactériologie pour rechercher et découvrir l'organisme infectieux que je soupçonnais.

Historique et marche de la maladie

Vers le 15 août 1897, dans le cours de la seconde quinzaine, nous fûmes justement alarmés par des entrées nombreuses dans nos infirmeries, pour œdème des membres inférieurs, par des morts subites, survenant la nuit chez les épileptiques, surtout chez les hommes. Nous pensâmes d'abord que ces malheureux avaient succombé à de fortes crises multiples ou à des syncopes, mais l'infiltration du tissu cellulaire, l'accroissement de la mortalité nous firent soupçonner l'action concomitante d'une autre cause morbide.

Nous résolûmes de rechercher, parmi les malades, ceux qui pouvaient présenter des œdèmes semblables. Nous trouvâmes alors qu'un grand nombre d'hommes et presque autant de femmes avaient le soir les pieds enflés ou un léger gonflement prétibial ou malléolaire. C'étaient, pour la plupart, des malades incapables de travailler.

Depuis cette époque, nous avons assisté à l'évolution d'une maladie entièrement inconnue de nous et dont nous essaierons de retracer la marche et les symptômes.

L'épidémie a atteint 155 sujets : 87 hommes, 68 femmes; 30 ont succombé : 20 hommes, 10 femmes. Le reste a guéri ou se trouve en convalescence.

MARCHE

Nous pouvons distinguer quatre périodes à l'affection qui nous occupe :

Première période. — *Troubles digestifs et circulatoires (œdèmes et vomissements).*

Deuxième période. — *Résolution des œdèmes, retour à la santé ou passage à la troisième période.*

Troisième période. — *Troubles nerveux, paralytiques et sensitifs.*

Quatrième période. — *Cachexie. Troubles trophiques.*

PREMIÈRE PÉRIODE

L'œdème qui survient à cette période est le premier symptôme et aussi le prédominant. Il débute le soir par les malléoles ou la région prétibiale. Il envahit successivement les jambes, les cuisses, les lombes ; en cette région, il constitue une épaisse cuirasse, surtout en arrière, puis il gagne successivement les membres supérieurs, les régions deltoïdienne, pectorale, la face, le scrotum, enfin les cavités séreuses.

Nous n'avons jamais constaté d'ascite considérable, mais l'œdème du poumon est fréquent. Il produit une dyspnée très pénible, inquiétante, pouvant amener l'asphyxie et la mort. La face congestionnée est anxieuse, la respiration courte, précipitée, l'hématose incomplète. L'œdème de la face entraîne souvent cette terminaison subite, et c'est de cette manière qu'elle a dû survenir chez nos épileptiques au moment de leurs crises convulsives.

L'œdème est surtout prononcé dans les parties déclives, du côté du décubitus, alors que les autres restent absolument indemnes.

Une femme, habituellement couchée sur le côté droit, nous a montré un matin, à la visite, un sein tellement volumineux qu'il était véritablement monstrueux et que

nous n'avions jamais rien vu de pareil. Nous ne savions d'abord à quelle cause rattacher ce phénomène. Le sein gauche était flasque et de grosseur normale. Chez un homme, les régions pectorales et cervicales d'un même côté offraient le même aspect.

L'impression du doigt ne reste pas sur ces œdèmes ou s'y dessine mal ; le tissu cellulaire et la peau sont indurés au point de ressembler à la sclérodermie des nouveau-nés.

Avec ces œdèmes, se remarquent d'autres troubles circulatoires, surtout du côté du cœur ; les battements en sont désordonnés, considérablement accrus. Le pouls s'élève, comme dans la maladie de Basedow, au-dessus de 100 pulsations, quelquefois il atteint 140 sans élévation correspondante de température. A cette première période de la maladie, le pouls est généralement dur et très plein, mais il devient petit, misérable et aussi rapide, lorsque la maladie plus avancée tend vers la cachexie.

Nous avons remarqué quelquefois de l'arythmie. La constance des troubles cardiaques nous a fait d'abord penser que l'épidémie sévissait de préférence sur les sujets atteints préalablement d'une maladie du cœur, mais nous avons dù reconnaître que ces troubles faisaient partie du cortège clinique, même de la maladie que nous étudions.

Quelques sujets ont présenté un pouls au-dessous de la normale, mais jamais au-dessous de 65 et encore très exceptionnellement.

J'ai dit qu'à l'élévation du pouls ne correspondait pas une hyperthermie proportionnelle ; nous avons remarqué plutôt de l'abaissement ; le thermomètre restait au-dessous de 37°, souvent a 36°.

Les voies digestives sont troublées, la langue saburrale, souvent des nausées, du hoquet, des vomissements répétés, rebelles à tout traitement. Les substances vomies sont variables, bilieuses, porracées, quelquefois alimentaires. Malgré cela, l'anorexie n'est pas le fait le plus ordinaire, les malades conservent un appétit très vif, plus vif même qu'à l'état normal ; certains mangent avec une avidité voisine de la boulimie.

Les vomissements ne sont pas une cause de répulsion pour la nourriture, plusieurs sujets ont continué à prendre leurs repas, malgré des vomissements incoërcibles, et même à demander des aliments comme s'ils éprouvaient un véritable besoin de réparation.

La langue ne se montre pas toujours saburrale ; elle est rosée, humide, normale et jamais, je dois le dire de suite, sèche, fendillée comme dans la pellagre, mais les vomissements n'en persistent pas moins.

La diarrhée a été plus rarement remarquée que la constipation, quelquefois du météorisme et du hoquet.

Les malades se plaignent de douleurs d'entrailles, dans les reins, sur les côtés, en ceinture ; ils souffrent surtout d'un poids qui les oppresse sur la poitrine au niveau du sternum.

Tels sont les principaux symptômes cliniques de cette première période de la maladie. Nous n'y remarquons encore aucun trouble moteur, ni sensitif important. Les forces sont conservées, la station debout et la marche sont possibles, elles paraissent normales, sauf de la lourdeur et une certaine gène suffisamment motivées par l'œdème et le gonflement des membres et du corps.

Quelquefois, nous avons cependant remarqué une légère tendance à lancer le pied en avant et à porter la pointe en dedans. Tous les réflexes nerveux semblent également très diminués, mais leur étude est rendue difficile par l'état des téguments.

Les urines, émises en quantité normale, sont quelquefois très diminuées. Elles motivent alors la présence des œdèmes qui disparaissent sous l'influence d'un régime lacté et le retour de la diurèse. Elles contiennent parfois des traces d'albumine ; le plus souvent elles présentent un cercle hépatique vivement coloré.

A signaler également une coloration rosée très appréciable au niveau de l'acide azotique et de l'urine traitée à froid.

A cette première période de la maladie, nous n'avons pas encore de troubles trophiques à observer, cependant la peau présente chez un nombre notable de sujets une

teinte brunâtre, absolument semblable à celle des hommes astreints aux travaux des champs. Cette coloration semble limitée aux parties découvertes, à la face et sur le dos des mains. La face est terreuse, la peau des mains rugueuse, manifestation trophique évidente d'une dénutrition locale, d'un commencement de cachexie morbide dont nous retrouverons plus loin les ravages.

DEUXIÈME PÉRIODE

Résolution. — L'œdème disparaît progressivement, les vomissements ont cessé, l'appétit redouble, mais les forces renaissent ou diminuent suivant que la maladie guérit ou passe à la troisième période. Dans le premier cas, le plus heureux, le malade se lève, reprend peu à peu ses habitudes et entre en convalescence. Celle-ci est généralement longue, pénible, traversée par quelques retours offensifs nécessitant la plus grande prudence. Des œdèmes intermittents surviennent aux jambes à la moindre fatigue, obligeant les malades à reprendre le lit pour quelques jours.

Si la maladie passe à la troisième période, les forces décroissent progressivement, les sujets ne peuvent plus se tenir debout, ils fléchissent sur leurs jambes, font des chutes soudaines au milieu d'un effort au moment où ils s'y attendent le moins.

Je vois d'ici un malade, très courageux du reste, allant à la cuisine chercher un bidon de soupe, tombant plusieurs fois sur le chemin, puis se relevant avec énergie, impatienté et jurant sans rien comprendre à ce qui lui arrivait. Dans le cas particulier, la maladie débutait par les troubles moteurs de la troisième période, sans avoir présenté les symptômes propres aux deux premières, les œdèmes, les troubles digestifs, etc. — Ce malheureux a été très gravement atteint, il a beaucoup souffert ; il est resté longtemps cloué sur le lit dans une cachexie longue et douloureuse. La paralysie a gagné les membres supérieurs, d'où la nécessité de le faire manger comme un enfant. La mort était

imminente, lorsque les symptômes se sont subitement amendés, les forces se relèvent, le malade commence à se tenir debout, à faire le tour de son lit, se soutenant sur les bords à l'aide des mains. Il est actuellement en voie d'amélioration notable, et, nous l'espérons, de guérison.

TROISIÈME PÉRIODE

Troubles nerveux, paralytiques et sensitifs. — Les troubles nerveux, propres à cette période, sont les plus importants et aussi les plus graves. L'affaiblissement progressif des forces a mis les malades dans l'impossibilité de marcher et de se tenir debout. La force dynamométrique s'élève à peine à quelques unités, elle tombe même à 0. Les malades perdent le sens de la force musculaire, lancent la jambe en avant sans pouvoir la contenir ni diriger son mouvement, devenu ataxique. Les pieds glissent sur le parquet. Les extenseurs des orteils sont paralysés, ainsi que les péroniers latéraux. La pointe des pieds est tournée en dedans, le bord interne légèrement élevé, la face supérieure bombée. Les jambes et les pieds déformés ne sont plus maintenus ; ils flottent au hasard dans le vide comme les jambes de laine d'un polichinelle. Fait-on lever les jambes du patient, on remarque qu'il éprouve une grande difficulté à exécuter ce mouvement et à tirer les pieds dont les doigts s'accrochent aux draps.

Assis sur le bord de son lit, ses pieds tombent inertes dans une direction parallèle à la jambe ou à son prolongement.

Pour marcher, le patient commence par chercher un point d'appui avec les mains, puis, le corps courbé, la tête en avant, il s'avance en traînant les pieds qu'il heurte le plus souvent l'un contre l'autre. Le pied lancé avec force en avant retombe à terre en frappant le sol d'une manière très caractéristique.

Les chutes, dans ces conditions, sont très fréquentes. Un de ces malades s'était levé péniblement de son lit, pour chiper une tasse de lait sur la table de nuit de son voisin.

Celui-ci agacé se lève pour le poursuivre, mais il tombe à terre ; l'autre effrayé, tombe sous son lit en voulant y remonter. Ils restèrent ainsi, se regardant l'un l'autre, s'injuriant et incapables de se relever, jusqu'à ce qu'un gardien attiré par le bruit de la scène vînt les prendre et les placer dans leurs lits respectifs.

Les malades présentent une véritable paralysie de toute la partie inférieure du corps, s'étendant quelquefois jusqu'aux fibres lisses de la vie organique avec difficulté d'uriner et d'aller à la garde-robe. Le cathétérisme devient une nécessité.

Chez plusieurs sujets, la paralysie a présenté une marche ascendante progressive, envahissant successivement les membres supérieurs, les extenseurs des doigts qui ne peuvent plus s'étendre sur le poignet, ni le poignet sur l'avant-bras. On remarque aussi que certains extenseurs sont plus atteints que les autres, celui du médius et de l'annulaire. Les fléchisseurs restent seuls en action contracturant les membres supérieurs en ailes de pigeon. Les mains flottent dans le vide sur le poignet comme le pied sur le tarse. Tout le corps est dans la résolution se laissant lourdement aller sur le lit comme une véritable pâte molle.

Les paralysies propres à la troisième période ont été observées chez 52 sujets sur 155, soit dans le 1/3 des cas en général et particularité à noter, plus souvent chez les femmes 27 sur 68 que chez les hommes 25 pour 87 ; c'est-à-dire près de la moitié chez les premières et du tiers pour les autres.

En même temps que se produisent ces signes paralytiques, surgissent des atrophies musculaires accompagnées de troubles de la sensibilité. C'est d'abord un amaigrissement notable des muscles jumeaux de la jambe et de la cuisse. Les muscles devenus doulonreux s'atrophient progressivement comme dans les polynévrites, surtout les extenseurs ; les fléchisseurs résistent plus longtemps. Les masses musculaires très réduites sont flasques et ballottantes. La peau qui les recouvre est devenue rugueuse et très sensible. Les malades accusent de vives douleurs dans

les jambes et dans tout le corps. Elles sont comparables, tantôt à des piqûres d'épingles, tantôt à des fourmillements et des crampes insupportables. Ces douleurs sont exaspérées à la moindre pression, elles arrachent des plaintes et parfois des cris aux patients. Il survient des arthropathies aussi pénibles et aussi douloureuses que celles du rhumatisme articulaire aigu. Leur lieu d'élection est plus fréquemment les genoux et l'articulation tibio-tarsienne. Les malades se plaignent jour et nuit; ils ne peuvent dormir. Pour leur procurer un peu de repos, il faut recourir aux calmants et au chloral. Quelquefois, il existe de la fièvre.

Nous avons remarqué chez un malade de l'anesthésie momentanée de la peau et du sens musculaire. Il ne sentait plus non seulement les piqûres d'épingles, mais encore il n'avait plus conscience de ce qu'il touchait et de ce qu'il enlevait avec les doigts et la main.

Les reflexes patellaires sont abolis, sans exception chez tous les malades. Les reflexes plantaires sont parfois conservés, ces derniers disparaissent seulement dans les cas les plus graves ou à la période ultime de la cachexie.

Plusieurs malades ont présenté le signe médullaire de Romberg. Ils ne pouvaient se tenir debout, les pieds rapprochés et les yeux bandés. Ils tombaient également si on les faisait tourner au commandement sur eux-mêmes.

D'autres montraient des phénomènes curieux dans la circulation périphérique. L'un d'eux, atteint de folie alcoolique, en voie de guérison, avait les jambes qui rougissaient dans la station debout, elles se congestionnaient fortement; cet homme n'a pas été complètement paralysé des membres inférieurs. Il pouvait faire quelques pas en chancelant, puis les membres supérieurs prenaient progressivement la couleur d'écrevisses cuites; alors, les jambes fléchissaient de plus en plus et il finissait par tomber à terre. La congestion subite des membres inférieurs tenait évidemment à une paralysie vaso-motrice des capillaires périphériques de la peau des jambes. Le malade est en voie de guérison, il commence à marcher et la coloration des jambes tend également à disparaître, preuve convaincante

d'une modification favorable correspondant dans la section nerveuse de la circulation vaso-motrice.

L'examen ophtalmologique fait avec soin par M le Dr Motais n'a rien donné. De l'hyperméthropie chez quelques sujets, de l'ambliopie très marquée chez une femme d'une cinquantaine d'années, voilà tout le bilan morbide opthalmoscopique. La pupille était intacte, normale chez tous les sujets, même les plus atteints.

Dès la fin de la troisième période, alors que les forces s'épuisent, que les symptômes s'aggravent, que la maladie va passer à la quatrième période, celle de cachexie, les troubles trophiques, à peine dessinés, commencent à prendre de la gravité. Des plaques érythémateuses roses d'abord, d'un rouge vif ensuite, apparaissent sur le dos des mains. Les malades y ressentent de la démangeaison puis une sensation ardente de brûlure. Ces plaques sont très irrégulières de forme et d'étendue. Elles envahissent parfois toute la face dorsale des mains, s'irradiant aux poignets. Des phlyctènes remplies de sérosité jaunâtre se forment sur les plaques érythémateuses. En quelques jours, deux ou trois au plus, les phlyctènes se dessèchent, elles forment de larges squames, fendillées, très adhérentes à la peau. Elles persistent longtemps et se détachent difficilement.

Elles laissent sous elles une peau cicatricielle luisante, rouge par endroits, blanche en d'autres.

Ces éruptions phlycténoïdes et la teinte particulière de la peau, offrent une analogie frappante avec les manifestations cutanées de la pellagre. Cependant les anciens infirmiers encore présents à l'Asile, et qui ont soigné les pellagreux de l'ancienne épidémie affirment que la desquamation n'est pas la même; que la peau s'enlevait autrefois par des squames plus larges, moins épaisses et suivant leur expression comme des doigts de gant. Nous retrouverons plus loin ces lésions à la description de la quatrième période de la maladie.

Lorsque les malades sont appelés à guérir, on voit s'amender successivement tous les symptômes que je viens de décrire. Les lésions trophiques s'atténuent puis dispa-

raissent, les forces augmentent au lieu de décroître, les douleurs musculaires diminuent progressivement, puis cessent de se faire sentir, les mouvements reviennent lentement, plus faciles chaque jour ; le malade commence à se tenir debout en s'appuyant sur les mains, marche ensuite de la même façon, reprend finalement toutes les fonctions de relation qu'il avait perdues. Je ne puis oublier avoir observé un sujet, paralysé grabataire la veille, très étonné le lendemain à son réveil de pouvoir se lever et marcher d'un pas assuré à la fenêtre, à l'extrémité de la salle, s'écriant d'un air stupéfait et joyeux : « Je suis miraculé, je suis miraculé. »

Fâcheusement, il est loin d'en être toujours ainsi, un grand nombre de ces malheureux s'acheminent dans une voie encore plus douloureuse.

QUATRIÈME PÉRIODE

Cachexie. Troubles trophiques. — L'état misérable dans lequel sont plongés les malades arrivés à la troisième période ne tarde pas à épuiser leurs forces dans un temps variable selon le plus ou le moins de résistance de leur constitution, et à les conduire à la période ultime de cachexie. Celle-ci se termine souvent par la mort.

L'activité des fonctions digestives diminue, l'estomac ne supporte plus les aliments, il faut recourir au régime lacté qui n'est pas toujours complètement accepté ni toléré. Des vomissements intermittents reparaissent.

Le pouls devient petit, misérable, il ne diminue pas de fréquence. Il monte à 140 et plus, et devient imperceptible.

La fièvre s'allume quelquefois par poussées vespérales, le thermomètre monte à 38 et au-dessus.

La respiration devient suspirieuse, précipitée, 40 inspirations et plus à la minute.

Le diaphragme se paralyse ainsi que l'indique la production d'une dépression sous-sternale dans l'expiration. De nombreux râles s'entendent à l'auscultation et même à

l'oreile, à distance. Les mucosités restent dans les bronches, les crachats ne peuvent être expectorés. Une petite toux incessante, très particulière, est impuissante à amener ce résultat. Le malade n'en a plus la force.

Les muscles du larynx et du pharynx se paralysent. La déglutition devient difficile. Le malade s'engoue en avalant les gorgées de liquide qu'on lui présente, il se décourage et ne veut plus rien prendre. La respiration devient incomplète, insuffisante. L'asphyxie lente commence, l'agonie est longue, elle dure plusieurs jours, la mort survient par suite de la paralysie progressive des muscles de la respiration dont l'origine est bulbaire.

Des sueurs profuses apparaissent, elles accompagnent l'agonie. Elles se montrent encore à des périodes moins avancées, à la troisième et même à la première de la maladie alors qu'il existe de la dyspnée ou d'autres phases critiques. Elles siègent surtout à la face, sur le cou, à la poitrine, aux jambes sur lesquelles elles perlent comme des gouttes de rosée, et ce qu'il y a de plus singulier, sans fièvre, sans élévation de température, mais avec une rapidité considérable du pouls. La sueur est d'une odeur fade, pénétrante, parfois très repoussante. C'est le cas du sujet qui était couvert d'escarres et de ceux qui présentaient des arthropathies simulant le rhumatisme.

Il est à remarquer que dans le cours entier de cette longue maladie, l'état mental des sujets ne se modifie pas; les maniaques restent excités jusqu'au dernier moment, incohérents et loquaces; les mélancoliques tristes, déprimés ou dans la stupeur; les déments niais, absurdes; ceux qui sont atteints de folie à double forme présentent les mêmes alternatives d'excitation ou de dépression, mais d'une intensité moindre et en rapport avec le niveau de puissance des forces physiques et intellectuelles.

Nous avons signalé chez certains malades l'existence de troubles trophiques sur les mains, ressemblant à des éruptions phlycténoïdes pellagreuses. Ces manifestations se sont montrées plusieurs fois chez un même sujet, au lieu d'élection, avec des caractères variables avec l'état d'épuisement du patient.

Les plaques rouges devenaient violettes, noirâtres, ecchymotiques, gangreneuses, se desséchant toujours, ne s'ulcérant pas. Les mains et les doigts eux-mêmes s'atrophiaient, changeaient de couleur, prenaient un ton jaune brun de cire, indiquant un trouble circulatoire considérable, une dénutrition profonde; ils se dessechaient également et se momifiaient.

Au nombre des altérations trophiques, ajoutons des taches de purpura plus ou moins étendues, des ecchymoses, des écorchures sur le corps, à la moindre pression. Le quinquina et les toniques avaient souvent raison de cet état.

Le dernier trouble trophique à signaler dans le long exposé nosologique que je viens de décrire est la production de larges escarres gangreneuses au sacrum d'abord et sur d'autres parties proéminantes du corps décharné, comme cela arrive dans les affections du système nerveux, principalement de la moelle épinière.

J'aperçois d'ici sur le corps émacié d'un moribond l'os sacrum dénudé, noirâtre, gangrené, imprégné sur les bords de pus, s'échappant d'une vaste plaie au bas des reins et au coccyx. On se demandait comment la vie pouvait persister dans de semblables conditions. Le malheureux est resté plusieurs semaines cloué sur son lit, en ce piteux état; enfin, la fièvre hectique s'est allumée, la mort est venue le délivrer.

Son cadavre n'avait plus que la peau et les os. Tous les muscles étaient considérablement atrophiés.

Pareille consomption tient vraisemblablement à une lésion amyotrophique de la moelle.

Cette dernière, à l'autopsie, a été trouvée malade et très ramollie, surtout dans la région de la queue de cheval.

Elle a été placée dans la liqueur de Muller pour être ensuite mieux étudiée.

Nous y trouverons peut-être l'explication des phénomènes morbides que nous avons décrits.

Sang

L'étude du sang doit nécessairement compléter le cadre nosologique de la maladie, en éclairer la pathogénie et l'étiologie. Nous laissons le soin de cette étude à MM. les professeurs Bahuaud et Gaudin, du laboratoire de bactériologie; qu'il nous soit seulement permis de dire ici que leurs premières recherches ont eu un commencement de succès. Le sang d'un très grand nombre de malades a été recueilli. Mis en culture, il a donné, chez presque tous, un développement très actif de colonies dans lesquelles on a remarqué des diploccoques et des streptoccoques.

Les bouillons de culture ont été injectés à des animaux : un cobaye et un lapin.

Le premier a succombé dans les quarante-huit heures, ayant présenté une paralysie de tout le train postérieur. L'autopsie a permis de constater une congestion des centres nerveux avec une altération du sang complètement envahi par une profusion baccillaire énorme.

Le lapin a résisté beaucoup plus longtemps. L'injection, faite à l'oreille, a produit une inflammation très vive et une tumeur qui ont mis plusieurs jours à disparaître. Le train postérieur a été parésié, les pattes de derrière avaient des mouvements ataxiques analogues à ceux de nos malades. Le sang présentait le même envahissement bacillaire.

Le sang a été encore pris directement dans les veines de quelques malades, entre autres chez celui qui avait sur les mains des manifestations trophiques d'apparence pellagreuse. Chez ce dernier, les gouttes de sang sorties de la veine répandaient une odeur infecte.

La bactériologie nous dira ce que ces différentes cultures ont produit.

D'un autre côté, M. le professeur Chantemesse, de la Faculté de Paris, inspecteur général des Services sanitaires et de l'hygiène publique a été envoyé par le Ministère, pour étudier l'épidémie. Lui aussi, a recueilli chez plu-

sieurs sujets du sang qu'il a emporté pour l'étudier à Paris. Son chef de laboratoire est venu spécialement pour faire l'autopsie d'un décédé fâcheusement atteint en même temps de paralysie générale progressive, affection dont les lésions peuvent augmenter les difficultés des recherches et la solution du problème. Nous en attendons le résultat.

Pathogénie

La maladie de Sainte-Gemmes présente tous les symptômes d'une affection essentiellement nerveuse, d'origine périphérique ou médullaire, polynévrite ou myélite et peut-être les deux à la fois.

Toute propagation cérébrale semble devoir être écartée puisqu'aucun signe spécial ne vient la confirmer.

Tout d'abord, quelle est la nature de la maladie? Sommes-nous en présence d'une affection essentielle, primitive ou toxique, infectieuse?

Essentielle, évidemment non ; nous ne retrouvons là aucun élément d'un processus morbide primitif, d'une évolution bien déterminée, avec altérations anatomiques correspondantes.

Nous constatons au contraire des signes très variés, mobiles, fugaces, d'intensité inégale, parfois très graves, mortels, d'une durée très longue et à côté d'une atténuation d'une bénignité très contrastante et d'une soudanéité sursurprenante.

C'est le propre des maladies toxiques ou infectieuses dont la gravité est proportionnelle au degré d'empoisonnement morbide des sujets.

A côté de ces raisons cliniques indiquant une source infectieuse, viennent s'ajouter des faits d'expérience de physiologie morbide la prouvant d'une manière claire, précise, absolue.

Le Congrès de médecine mentale et de neurologie de Bordeaux, en 1895, a été très remarquable. L'existence des myélites y a été absolument démontrée. Des expérimentateurs ont reproduit des myélites infectieuses ; Roux

et Gesrin avec le bacille diphtéritique, Gilbert et Lion avec le coli-bacille et la tuberculose, Widal et Besançon avec le streptoccoque, Thoinot et Masselin avec le staphyloccoque doré, Charrin avec le bacille pyocyanique, Vincent avec le bacille typhique.

Le laboratoire de bactériologie d'Angers a-t-il reconnu lui aussi, l'existence de microbes spéciaux dans l'affection qui nous occupe?

D'abord M. Gaudin a trouvé un diploccoque, puis un staphyloccoque, puis M. Bahuaud un streptoccoque.

Puis, argument des plus topiques, ces microbes ou leurs cultures, c'est-à-dire leurs toxines, le sang qui les contient, injectés à des animaux, ont produit chez ceux-ci des lésions et des signes identiques à ceux de la maladie de Sainte-Gemmes.

M. le Dr Chantemesse a trouvé lui-même des altérations qu'il se réserve plus tard de faire connaître lorsque ses études très longues, très laborieuses seront terminées.

Nous devons donc reconnaître dès aujourd'hui qu'il existe très classiquement des myélites d'origine toxique et d'origine infectieuse.

Parmi les intoxications, l'alcool, le plomb, l'ergot de seigle, le maïs et toutes autres substances alimentaires, une analyse rigoureuse a permis de les écarter.

La pellagre, si nous devons la compter au nombre des intoxications, a arrêté longtemps notre attention. Une certaine similitude de symptômes nous en a un instant imposé, mais nous avons dû nous ranger à l'avis unanime de tous les observateurs qui n'ont pas reconnu les signes principaux pathognomoniques et les lésions particulières de cette maladie.

Restent les infections, la découverte d'un microbe semble de préférence indiquer cette voie. L'existence intermittente de fièvres typhoïdes et de dysenterie dans la contrée peut laisser soupçonner que ce microbe pathogène pourrait avoir quelque rapport avec le bacille typhique de la myélite infectieuse de Vincent ou celui du coli-bacille de Gilbert et de Lion. L'avenir et nos recherches ultérieures nous éclaireront peut-être à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, nous devons encore nous demander si nous sommes en présence d'une polynévrite, d'une poliomyélite, d'une leucomyélite ou d'une myélite systématisée ou généralisée.

Les symptômes observés nous laissent croire jusqu'ici que nous sommes en présence d'une affection absolument progressive, ascendante, envahissant d'abord les nerfs de la périphérie, s'étendant progressivement à l'axe médullaire.

Bien qu'il ne nous soit pas permis de pouvoir nous prononcer encore sur la nature et la pathogénie de la maladie que nous venons de décrire, nous pouvons cependant émettre l'opinion que nous sommes en présence d'une maladie nerveuse infectieuse, dont les premiers effets se sont portés sur le système nerveux de la vie organique, le grand sympathique (troubles circulatoires, œdèmes, vomissements), puis le système de la vie de relation a été atteint, polynévrite infectieuse ascendante (atrophie musculaire douloureuse, troubles moteurs et sensitifs), propagation à l'axe médullaire, myélite infectieuse (cachexie, troubles trophiques, enfin envahissement bulbaire et la mort).

Nos autopsies, très incomplètes et inachevées, ne nous permettent pas encore de rien préciser à cet égard. M. Chantemesse, comme nous-même, a trouvé certaines lésions à déterminer plus tard, mais aussi certaines autopsies sont restées négatives comme la chose se remarque dans les polynévrites et les myélites infectieuses ainsi qu'en beaucoup d'autres affections du système nerveux.

Compte rendu du laboratoire de bactériologie

La Commission désignée pour étudier l'épidémie régnant à Sainte-Gemmes rejeta de suite le diagnostic de pellagre. Devant l'apparition assez lente des symptômes, leur durée prolongée, les paralysies des membres, elle fut amenée à croire à une intoxication plutôt qu'à une infection.

Toutefois, un symptôme du début, l'œdème, me faisait faire une réserve en faveur de l'infection ; aussi, afin de

mettre ce point hors de doute, j'ensemençai du sang pris aseptiquement dans les veines du bras chez deux malades, l'un récemment atteint, l'autre malade depuis fort longtemps et arrivé à l'état cachectique.

Les deux ensemencements faits dans un bouillon peptonisé donnèrent en quarante-huit heures une culture manifeste, le bouillon se troubla et examiné au microscope il fut démontré que les deux cultures étaient constituées par le même microbe.

Ce résultat me sembla probant, toutefois je voulus répéter l'expérience sur une plus grande échelle et quelques jours plus tard, j'ensemençai du bouillon peptonisé avec le sang de 34 malades. Presque tous ces ensemencements réussirent et il me fut possible par des colorations à l'aide de fuschine phénique de Qiehl, de démontrer que toutes ces cultures étaient produites par un même microbe présentant dans toutes les préparations des caractères morphologiques, typiques et absolument identiques les uns aux autres.

Ayant eu l'occasion de montrer ces préparations à MM. les Drs Borel et Roux et leur ayant lu la notice de M. le Dr Pétrucci résumant fort bien le tableau symptomatologique de la maladie, le Dr Roux me dit que le cas lui semblait fort intéressant et qu'il croyait qu'un allemand avait publié un mémoire sur une épidémie similaire en Allemagne, que ce mémoire existait à la bibliothèque de l'Institut, que M. Metchnikoff me donnerait à cet égard tous les renseignements désirables. N'ayant passé que vingt-quatre heures à Paris, je ne pouvais faire cette recherche.

Morphologie. — Les cultures sont formées de microcoques fort petits ; dans le sang, on les trouve réunis presque toujours par deux, en diplococques, quelquefois en petits groupes assez espacés les uns des autres.

Dans les cultures développées dans des bouillons, la longueur des chaînettes augmente. On trouve trois, quatre, rarement plus de cinq coccus. Dans les cultures, le nombre des coccus ainsi disposés est considérable.

Coloration. — Ce microccoque se colore par les diverses couleurs d'aniline. Traité par la méthode de Gram, il reste fortement coloré.

Cultures. — Ce microbe est un anaérobie facultatif, il se développe aussi bien à l'air que dans le vide ou en présence de l'hydrogène. Il se cultive lentement et l'optimum de température qui lui convient est 37°, mais alors le développement de culture demande de trente-six à quarante-huit heures.

Culture dans le bouillon. — Le bouillon peptonisé est un très bon milieu pour ce microbe, le bouillon se trouble uniformément. Toutefois, dans les vieilles cultures il se forme un peu de dépôt au fond des tubes.

Culture sur la gélatine. — En piqûre, au bout de quarante-huit heures, la culture apparaît dans l'épaisseur de la gelée sous forme de traînée opaque. A la surface, il se forme un petit disque blanc.

En strie, les caractères de la culture sont similaires à celle sur gélose.

Culture sur gélose. — Ensemencé en strie après un séjour de quarante-huit heures, à l'étuve à 37° on trouve une bande d'un blanc légèrement jaunâtre ou grisâtre, s'étendant en vieillissant sur la surface de la gélose.

Culture dans le sérum liquide de bœuf. — Ce microccoque s'y développe mais beaucoup moins que dans les autres milieux, il laisse le sérum absolument transparent, la culture se forme sous l'aspect d'un dépôt au fond du tube.

Culture sur pomme de terre. — Ce streptoccoque s'y développe bien sous forme d'une bande épaisse, d'une couleur blanc jaunâtre. La pomme de terre ne présente pas à l'œil d'altération notable.

Culture dans du lait. — Je n'ai pas noté de coagulation de la caséïne.

Propriétés biologiques. — La virulence du microbe semble se développer lentement dans l'organisme des animaux en expérience.

Je n'ai pu faire un nombre d'inoculations assez considérable pour être très affirmatif à ce sujet; toutefois, sur trois cobayes injectés, un seul a été pris de symptômes morbides et cela au bout de douze jours seulement :

1° L'injection de 10^{cc} à ce cobaye fut pratiquée partie dans la cavité péritonéale, partie sous la peau du ventre.

Ce ne fut que le 12e jour que je remarquai et fis constater par plusieurs personnes une grande paresse dans les mouvements des membres postérieurs surtout dans la patte gauche. L'animal avait maigri, était en boule, il succomba alors assez vite, au bout de trois jours après l'apparition de ces symptômes.

A l'autopsie, nous constatons une hypérémie considérable des organes, poumons, foie, rate, reins, etc.

La moëlle est très ramollie, je ne puis l'extraire qu'en bouillie. Il est vrai que tous les organes semblent avoir subi une putréfaction cadavérique très rapide.

Le sang examiné au microscope ainsi que la culture de ce sang dans du bouillon montrent le micrococque bien typique trouvé dans le sang des malades, mais en plus de ce microbe un bacille volumineux, bacille d'infection secondaire, tenant à l'état de putréfaction dans lequel j'ai signalé les différents organes.

2° Nous avons actuellement au laboratoire un lapin injecté il y a trois semaines.

Une injection de 8^{cc} fut pratiquée dans la veine marginale d'une oreille, de plus, une certaine quantité de culture, 8^{cc} environ, se répandit dans le tissu cellulaire de l'oreille.

Il y eut tout d'abord une inflammation considérable de l'oreille, rougeur érésypélateuse, chaleur, tuméfaction considérable, puis ces phénomènes locaux disparurent, l'état général de l'animal en expérience se maintenant parfait pendant plus de quinze jours.

Mais alors l'animal qui était fort, vigoureux, maigrit considérablement, prit bientôt un aspect cachectique.

Enfin, on peut remarquer quelques troubles de la motilité du côté des pattes de derrière; quand il court, il lève ses pattes en lançant une ruade très typique.

Ces expériences certainement insuffisantes et incomplètes montrent toutefois un véritable parallélisme avec les malades observés : lenteur dans la marche de la maladie, troubles nerveux, amaigrissement général et particulièrement du tissu musculaire.

Examen histologique des organes. — Nous avons eu l'occasion dans une autopsie d'un malade de Sainte-Gemmes ayant succombé à l'épidémie en question et chez lequel nous avions pu constater l'infection du sang pendant la vie, de recueillir quelques heures après la mort les organes les plus importants.

Du côté du foie, des reins, de la rate nous trouvons dans les coupes ayant subi une triple coloration une quantité innombrable de microccoques; ceux-ci colorés par la méthode de Gram, semblent une poussière de charbon répandue en traînée entre les cellules infiltrant même les cellules des organes.

L'étude du système nerveux ne m'a pas donné de résultats positifs, elle demanderait à être répétée sur d'autres sujets.

Signé : Dr Bahuaud.

M. VOISIN

Élimination du bleu de méthylène chez les épileptiques

Je viens vous communiquer le résultat de mes recherches sur l'élimination du bleu de méthylène chez les épileptiques (1).

La conception pathogénique d'origine infectieuse des accès épileptiques, démontrée par les expériences que j'ai faites avec mes anciens internes MM. les docteurs Peron et R. Petit sur la toxicité urinaire (2) m'a poussé à rechercher l'élimination du bleu de méthylène chez les épileptiques aux différentes époques de leur maladie. J'ai expérimenté tout dernièrement avec mon interne M. Mauté, sur vingt malades au moment de leur accès et de leur trouble mental et pendant les espaces intercalaires et le résultat de l'élimination du bleu est différent dans ces deux cas.

Cette étude de l'élimination du bleu, nous montre une fois de plus l'importance que nous avons donnée à la conception de la série des accès quotidiens (3), si elle était admise par tous les médecins, cela aplanirait toutes les difficultés et expliquerait toutes les divergences dans les résultats obtenus.

Que nous révèlent encore nos expériences? Déjà en 1897 avec M. Hauser (4) nous avons vu que pendant les accès il y a retard latent et apparent du bleu. Je dis retard latent, car le chromagène, qui pour nous est la transformation

(1) Archives de Neurologie, 7 septembre 1898. *Notes sur l'élimination du bleu de méthylène chez les épileptiques*, par le Dr Voisin et Mauté, interne des hôpitaux.

(2) Archives de Neurologie : de l'Intoxication dans l'épilepsie, nos 98 et 102.

(3) L'*Épilepsie*, par Jules Voisin, Félix Aleau, 1897.

(4) Jules Voisin et Hauser. *Remarques sur l'élimination du bleu de méthylène.* Gazette hebd., 27 mai 1897, et Société des Hôpitaux, 18 juin 1897.

en blanc du bleu de méthylène, apparaît plus tard chez les épileptiques en accès, que chez les autres. Nos dernières expériences viennent confirmer ce fait et de plus, elles nous montrent qu'il y a intermittence et surtout prolongation du bleu. Dans les espaces intercalaires au contraire, l'élimination se fait relativement vite ; elle dure trente-six à quarante heures comme chez les sujets sains, tandis qu'elle exige qu'à cent heures et même cent-dix heures pendant la période des accès. Ce phénomène d'intermittence et surtout de prolongation d'élimination du bleu de méthylène a été signalé aussi d'une manière évidente par MM. Bar, Aleau et Mercier (1) dans cette variété d'épilepsie aiguë que l'on nomme éclampsie, et cette identité d'élimination nous démontre que ces affections reconnaissent dans certains cas la même nature pathogénique infectieuse. Ces expériences corroborent aussi celles de MM. Charrier et Mavrojanis (2) qui ont trouvé que l'élimination des toxines est parallèle à celle du bleu. Or comme d'autre part, nous avons trouvé qu'il y a hypotoxicité urinaire pendant les accès et hypertoxicité après les accès (3) nous pouvons affirmer qu'à l'hypotoxicité urinaire correspond l'élimination lente, prolongée et intermittente, tandis qu'à l'hypertoxicité urinaire ou à la toxicité normale correspond l'élimination prompte. Ces différentes variétés d'élimination du bleu de méthylène peuvent donc servir comme la toxicité urinaire d'élément pour le diagnostic de la série des accès chez les épileptiques.

Mais quelle est la cause de cette infection ou de cette auto-intoxication chez les épileptiques et quelle est la cause essentielle de ce retard dans l'élimination du bleu de méthylène ? Devons-nous admettre, avec MM. Achard et Castaigne (4), une lésion rénale concomitante ? ou

(1) BAR, ALEAU et MERCIER. *Perméabilité récente chez la femme enceinte*, Société Obst. et Gynécol., 9 mars 1898.

(2) CHARRIER et MAVROJANIS Société de biologie, mars 1898.

(3) *Intoxication dans l'épilepsie*, loc. cit.

(4) ACHARD et CASTAIGNE, Société des hôpitaux, 1897.

avec M. Chauffard (1) une lésion du foie ou d'une autre glande vasculaire sanguine ? ou bien devons-nous la faire dépendre de l'état poisseux du sang ? Nous ne pouvons être affirmatif et défendre une cause plutôt qu'une autre, mais ce que nous pouvons dire c'est qu'un élément infectieux intervient et que la thérapeutique doit s'emparer de ces données. Aussi le traitement que nous avons institué pour l'état du mal est rationnel (purgatifs, diurétiques, balnéation, injections de sérum artificiel, etc.) (2).

La séance est levée à onze heures et on se donne rendez-vous à deux heures et demie, sur la place du Ralliement, pour se rendre à l'Asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire.

(1) CHAUFFARD et CASTAIGNE. *Valeur gynécologique de l'épreuve par le bleu de méthylène chez les hépathiques.* Société médicale des hôpitaux, 22 avril 1898.

(2) Jules VOISIN et R. PETIT, *de l'Intoxication dans l'épilepsie*, Archives de Neurologie, nos 98 à 102 et l'*Épilepsie*, par Jules VOISIN, Félix ALEAU, 1897.

Séance du mercredi 3 août (Soir)

RÉCEPTION A L'ASILE

Conformément à l'ordre du jour, des voitures se trouvaient à deux heures et demie, place du Ralliement, pour conduire à Sainte-Gemmes MM. les Congressistes.

Le départ a eu lieu à trois heures.

MM. les Congressistes avaient été devancés par MM. le Préfet, Leroy, Boutton, conseillers généraux et membres de la Commission de surveillance, qui venaient assister M. le Dr Petrucci pour les recevoir.

De la porte d'entrée, ils sont arrivés dans la cour d'honneur du château par une magnifique allée de platanes surmontée de talus verdoyants sur lesquels sont alignés quatre rangées d'arbres formant un vaste berceau ombrageux.

Le château de Sainte-Gemmes, bâti en 1701, est occupé depuis 1840 par l'Administration de l'Asile. La façade d'arrivée, au nord, se rapproche du style Louis XIII. Celle du côté du midi, sur la Loire, n'a pas de caractère bien particulier, mais elle est très remarquable par un perron monumental très élégant et des plus artistiques.

La cour d'honneur est garnie d'orangers, derniers restes de la belle collection des vastes orangeries de Sainte-Gemmes.

Au centre de la cour, un gracieux bassin Louis XIV, imité de ceux de Versailles, avec gerbe d'eau au milieu et quatre tritons lançant sur elle leurs jets convergents. Sur les parties latérales, les bâtiments annexes, du même style, occupés par les habitations des divers fonctionnaires et employés, la lingerie, la communauté des religieuses et divers autres services généraux.

La fanfare de l'Asile adresse à MM. les Congressistes son salut de bienvenue par un des plus jolis morceaux de son répertoire. MM. les Congressistes sont agréablement surpris de cette aubade.

La fanfare de l'Etablissement, composée en partie de malades et d'employés, sous la direction de M. Plançonneau, a été vivement félicitée par M. le Président du Congrès, qui adresse à tous les musiciens, en même temps que ses remerciements, les compliments les plus mérités pour leur parfaite exécution.

MM. les Congressistes sont introduits d'abord dans le remarquable vestibule, puis dans la bibliothèque et le salon de l'Administration. Du perron de l'escalier donnant sur la Loire, se dessine le paysage le plus gracieux.

En avant, les îles verdoyantes de la Loire, vivement éclairées par un soleil ardent, encadrées par les coteaux de Mûrs et d'Érigné.

Au levant, la petite ville des Ponts-de-Cé, émergeant de l'eau dans le lointain ; au couchant, l'embouchure de la Maine et le village de la Pointe formant un large golfe enluminé sur lequel apparaît audacieusement, comme un cap, la gracieuse avancée du Port-Thibault.

La visite de l'Établissement commence par celle des jardins. Une belle allée de magnolias à larges fleurs blanches odorantes conduit au jardin anglais, formant un parc allongé devant les divisions des malades. Une cascade et un petit cours d'eau artificiel en entretiennent la fraîcheur.

Cette partie de l'Asile a été conquise sur le lit de la Loire par l'établissement d'un quai construit par les aliénés et un exhaussement de terrain dans une longueur de plus de 800 mètres. Cet important travail a été entrepris sous la direction du Dr Billod.

Une plaque commémorative indique aux visiteurs que 70,000 mètres cubes de terre ont dû être transportés à cet endroit.

Les divisions des malades sont établies en amphithéâtre sur les bords du fleuve.

Du côté des hommes, sur une longue terrasse s'élèvent, sur un premier plan, six pavillons derrière lesquels figure une longue allée de service égayée de jardins français remplis de carrés de fleurs et d'arbustes.

Les pavillons sont reliés entre eux par des galeries couvertes.

Chaque pavillon est construit pour cinquante malades.

Au rez-de-chaussée une salle de réunion, un réfectoire donnant sur la galerie avec une ouverture spéciale pour y passer les aliments qui y seront apportés par un petit Decauville. Au midi, un premier dortoir, deux autres au premier étage ; à la partie centrale de chaque étage sont installés les lavabos.

Tous ces pavillons sont identiques.

Au centre de l'allée de service s'élève le bâtiment de l'hydrothérapie. L'installation en est très bien aménagée, elle est très confortable et complète. L'organisation du service des bains de pieds est des plus heureuses. Elle a été très remarquée.

Sur le second plan, au-dessus des premiers pavillons, des constructions en partie semblables ont été exécutées pour y recevoir d'autres malades, de sorte que tous peuvent jouir de la vue de la Loire et de l'admirable panorama qui s'y déroule.

Le quartier des agités se trouve sur ce second plan. Un bâtiment spécial pour vingt cellules de nuit ou chambres d'isolement vient d'y être installé.

La division des femmes, beaucoup plus ancienne, est moins heureusement construite. D'abord, l'assiette des bâtiments est beaucoup plus étroite et ne permet pas d'y faire ce qui existe chez les hommes

La division est formée par un grand bâtiment central de deux étages sur lequel viennent se greffer des constructions perpendiculaires beaucoup plus basses.

Au cours de la visite dans les divisions, M. le Dr Petrucci présente à l'examen de ses confrères plusieurs malades encore atteints de myélite ascendante infectieuse, objet de la communication scientifique faite le matin même.

Après un examen clinique des plus intéressants, M. le professeur Ballet, dans une savante exposition, reconnaît chez tous ces malades, à n'en pas douter, tous les signes et les symptômes propres aux polynévrites ascendantes.

A cinq heures et demie, la visite est terminée. A ce moment, MM. les Congressistes sont réunis dans la cour d'honneur. Ils arrivent à point pour faire une réception enthousiaste à un omnibus supplémentaire qui amène les dames des Congressistes, les mêmes qui avaient assisté au banquet de la veille et qui viennent charmer par leur présence cette nouvelle réunion.

L'heure du dîner arrive. Cent cinquante convives se pressent dans la salle de l'ouvroir, décorée pour la circonstance. Comme la veille, M. Dran, maître d'hôtel, et son personnel, s'acquittent fort bien du service qui leur incombe. Le menu est exquis. Sa décoration est encore due à M. Tessier et lui fait le plus grand honneur. Elle représente une vue du château et de l'Asile du côté de la Loire : à gauche, le buste de Pinel ; le célèbre aliéniste ressort d'une ornementation délicate surmontée d'une Renommée brisant les chaînes dont on se servait autrefois comme moyen de contention pour les malheureux aliénés.

MENU

3 Août 1898

PRINTANIER RÉGENCE
TURBAN DE FILETS DE SOLES A LA DIEPPOISE
SELLE DE PRÉSALÉ SOUBISE
GRENADINS DE VEAU AUX TOMATES FARCIES
LANGOUSTE A L'AMÉRICAINE
DINDONNEAU ROTI
TIMBALE CHARVIN
HARICOTS VERTS
GLACE PRALINÉE

—

DESSERT

—

VINS : TISANE DE CHAMPAGNE
(COMME ORDINAIRE)
SAINT-AUBIN (Anjou)
MONTEBELLO

Le repas est gai, plein d'animation.

La musique de l'Établissement, habilement dirigée, fait entendre plusieurs morceaux.

Au champagne, **M. le Dr PETRUCCI** se lève et prononce le discours suivant :

Messieurs,

Vous avez peut-être remarqué en entrant dans la cour intérieure des bâtiments de l'Administration de l'Asile et de chaque côté de la porte de la grille, deux mosaïques faites de plantes variées et cultivées par nos malades.

La première, à droite, représente les armes du baron de Vaudésir, l'un des premiers propriétaires du château il y a près de 200 ans. Au milieu, une couronne de baron surmontée de ses fleurons ; à droite, un dard sur un écusson ; à gauche, une mitre d'évêque sur le même fond avec la devise : « *A beau dard, noble but.* »

Sur la seconde, figurent les attributs de la médecine ; au centre, un médaillon sur lequel ressort la tête robuste du dieu de la médecine, ceint d'une couronne de chêne. A côté, le caducée médical, puis les emblèmes de la pharmacie, le serpent enroulant un arbre, l'inscription de l'Asile de Sainte-Gemmes avec la date actuelle de l'année 1898.

Ces deux allégories constituent toute l'histoire du château de Sainte-Gemmes, de sa seigneurie, transformée en Asile départemental.

Il y a près de 200 ans, à pareille époque, il y avait fête au château de Sainte-Gemmes. Le seigneur de l'époque, baron de Vaudésir, y venait passer trois jours seulement par an, mais il y menait large vie et ces trois jours formaient pour l'endroit une véritable époque.

Certes, ce n'était pas trop pour un lieu aussi enchanteur. Beau château, bien situé sur la Loire, avec vastes terrasses sur lesquelles s'élevaient les célèbres et magnifiques orangeries de Sainte-Gemmes renfermant plus de deux cents arbres, aujourd'hui disséminés à la Préfecture, à la Cour d'appel et dont quelques vestiges figurent encore dans notre cour d'honneur.

Le grand seigneur se faisait suivre d'une foule d'amis, d'artistes, de gens distingués lui formant une véritable cour. Il voulait que, pendant son court séjour, les portes du château fussent ouvertes à tous et à toutes. Chacun venait y piller les fleurs, les fruits, et lorsque le jardinier osait hasarder quelque regret de voir ainsi saccager, en quelques heures, le fruit de toute une année de soins et de travail : « Qu'est-ce que cela peut vous faire ? répondait le maître, puisque je suis satisfait et que vous avez une année entière pour tout réparer. »

Aujourd'hui, cruelle antithèse, le palais de la richesse, du faste, du luxe le plus large est devenu un séjour de deuil, de tristesse, un asile pour les malheureux frappés de la plus terrible des maladies : la perte de la raison.

Toutefois, aux joies vives et bruyantes du plaisir ont succédé les douces consolations de la bienfaisance ; à une prodigalité stérile une économie sage, vivifiante ; au mal le remède, souvent la guérison.

Monsieur le Préfet, Messieurs les membres du Conseil général, voilà votre œuvre. Comme le seigneur d'autrefois, vous venez ici non pour y jouir fastueusement de la vie et y laisser une trainée de stérilité et de dévastation, mais pour vous enquérir des peines, des besoins de tous, pour y répandre les fruits de votre bienfaisante charité.

N'est-ce pas la véritable application de la noble devise d'autrefois : « A beau dard, noble but ! »

A notre œuvre, grande et généreuse, je dois associer d'autres bienfaiteurs. Je croirais manquer au devoir de la reconnaissance si je n'évoquais ici la mémoire de mes prédécesseurs. Ils ne sont pas nombreux, trois, mais le bien fait par cette trinité est considérable.

Le Vincent, dont vous voyez ici le buste, fonde l'Asile en 1843. Il meurt à la peine en 1854, laissant une réputation légendaire d'activité, de philanthropie et de travail. Nuit et jour on le voyait partout. Cet homme ne dormait jamais, répète-t-on encore à l'Asile.

Billod lui succède de 1854 à 1868. Après avoir grandement organisé l'Asile, il crée les beaux jardins que vous avez vus. Il est appelé à terminer sa carrière à l'Asile de Vaucluse, près Paris.

Il est remplacé par un Angevin d'origine, le Dr Combes, dont la valeur n'avait d'égale que la modestie. Les malades étaient entassés dans de vieux bâtiments provenant en grande partie des servitudes de l'ancien château et surtout des orangeries. Ils y étaient très mal, l'Établissement était certainement au-dessous de sa grande réputation.

Combes est poursuivi par la pensée constante de la construction d'un asile digne de la situation topographique vraiment exceptionnelle. Il s'applique à créer un boni permettant au Conseil de pouvoir commencer ce grand travail avec le concours de M. Max-Richard, toujours le premier dans les œuvres de bienfaisance. Il est aidé, dans sa tâche, par l'habile architecte, M. Dainville, créateur et premier directeur de l'École des Beaux-Arts d'Angers, dont nous admirons autant le talent que l'aménité de caractère. Ces deux hommes étaient bien faits pour se comprendre. Combes, comme Le Vincent, meurt à la peine en

1879. Son fils, un des élèves les plus brillants de l'École de Médecine d'Angers, est également une victime du devoir, fauché à la fleur de l'âge par une diphtérie contractée au lit d'un malade, au moment de devenir interne des hôpitaux de Paris.

Je suis heureux de compter parmi nos convives la fille de mon prédécesseur, seul reste de cette noble famille. Née à l'Asile, elle me permettra de lui dire que nous la considérons encore comme une enfant de la maison. Elle est heureusement mariée à l'un de nos plus sympathiques confrères d'Angers, le Dr Moreau, le camarade d'études de son frère, mort si glorieusement et d'une manière si tragique. Que tous les deux reçoivent ici un nouveau témoignage de notre plus vive sympathie.

Enfin, Messieurs, je lève mon verre en l'honneur de M. le Préfet, de MM. les membres du Conseil général, de la Commission de surveillance de l'Asile et de tous ces bienfaiteurs qui nous donnent un si bel exemple de solidarité humaine.

Mon dernier mot sera pour les dames, tous les jours au premier rang lorsqu'il s'agit de sacrifice, de devoir, de douleur et de misères à soulager.

M. MOTET prend ensuite la parole.

Monsieur le Préfet,

Messieurs les Membres du Conseil général,

Vous avez tenu à nous recevoir vous-mêmes dans cet Asile dont l'administration vous appartient; nous sommes vos hôtes, très reconnaissants à la fois de votre bienveillance et de l'intérêt que vous prenez à nos travaux. La meilleure manière de vous remercier, Messieurs, c'est de louer votre œuvre comme elle le mérite, et de vous dire combien nous avons été frappés par l'aspect de votre Asile, par l'organisation de ses services.

Vous disiez, Monsieur le Préfet, que vous craigniez la

comparaison avec d'autres établissements plus vastes, plus largement installés. Rassurez-vous. Nous n'avons vu nulle part une transformation plus complète, sous une impulsion plus généreuse. Je me souviens d'avoir visité Sainte-Gemmes il y a près de trente ans. Au lieu de salles sombres, de rez-de-chaussées un peu tristes, vous nous avez montré des bâtiments baignés d'air et de lumière, où vos hôtes malheureux trouvent des conditions de bien-être qui réparent un peu les sévérités du sort. Nous vous avons entendu nous dire que vous ne considériez pas votre tâche comme achevée, que vous aviez des projets que vous mettriez à exécution à leur heure. Nous, Messieurs, qui sommes vos collaborateurs, nous vous remercions de vos efforts, et nous tenons à vous assurer que les médecins des asiles d'aliénés auxquels est confiée la direction de services importants, donnent à l'accomplissement de leur tâche, parfois très lourde, toute leur conscience, tout leur cœur.

N'est-ce pas ainsi, mon cher M. Petrucci, que vous avez compris la vôtre ? Nous vous avons vu à l'œuvre, dévoué à notre Congrès comme vous l'êtes à vos malades, à l'administration de votre grand et bel Asile, et nous vous adressons avec nos remerciements, nos sincères félicitations. Nous les adressons respectueusement aussi à celle qui vous aide et qui a voulu prendre sa part dans l'œuvre charitable. Permettez-nous de vous saluer, Madame Petrucci, et de dire devant tous, le bien que vous faites ici. Je ne vous en louerai pas. Vous écoutez la douce voix intérieure qui vous dit : « Ayez pitié ! » Avec une bonté touchante vous tendez la main à ces pauvres folles dont vous vous êtes faite la Providence. Soyez remerciée par nous et bénie par elles !

Messieurs, je lève mon verre en l'honneur de M. le Préfet, de MM. les membres du Conseil général et de la Commission administrative ; et, les remerciant au nom de mes collègues de l'accueil que nous recevons d'eux, je les prie de s'unir à nous pour proclamer fièrement notre devise :

« Par la science, par la charité, pour les malheureux ! »

M. le PRÉFET s'exprime en ces termes :

Le Préfet de Maine-et-Loire prend la parole pour remercier les Membres du Congrès de la visite qu'ils ont bien voulu faire à l'Asile départemental de Sainte-Gemmes.

Cette visite était attendue comme un précieux encouragement par l'Administration de l'Asile et par son très dévoué directeur. Il espère que nos hôtes emporteront un bon souvenir de la réception que leur a préparée M. Petrucci. Il souhaite surtout qu'ils aient pu se convaincre du zèle constant avec lequel l'excellent Directeur se cousacre à sa tâche, si intéressante.

Le Préfet termine en assurant les invités du Département que les bonnes paroles et les utiles enseignements qu'ils nous ont apportés ne seront pas oubliés et qu'ainsi sera féconde l'œuvre accomplie cette année par les hommes de science et de cœur dont il porte les santés, en choquant de son verre celui du président du Congrès, l'éminent et si aimable docteur Motet.

M. REGNARD dans une improvisation heureuse appuie les conclusions de M. le Préfet. Il se plaît à reconnaître la bonne tenue de l'Asile sous la direction de M. le Dr Petrucci.

Il ajoute qu'il lui est agréable aujourd'hui, comme délégué de M. le Ministre de l'Intérieur, de confirmer les éloges mérités au directeur de l'Établissement.

M. JOFFROY ne voudrait pas laisser passer cette fête sans porter un toast en l'honneur de l'École de Médecine d'Angers et de son distingué directeur M. le Dr Legludic qui a mis si gracieusement les locaux de l'École à la disposition du Congrès.

M. Joffroy est heureux de proclamer, en sa qualité de professeur à la Faculté de médecine de Paris, que l'École d'Angers est comptée parmi les meilleures de province. Il retrouve parmi les professeurs, des amis et des collaborateurs qui ont obtenu à la Faculté de Paris de brillants succès et dont les élèves viennent chaque année prendre, à leur exemple, un rang des plus honorables dans les premiers de la Faculté de Paris.

En termes chaleureux, **M. le Dr LEGLUDIC** remercie M. le professeur Joffroy des paroles aimables, bienveillantes et sympathiques qu'il vient d'adresser à l'École de Médecine

d'Angers. Il en est vivement touché. Il est certainement l'interprète de l'École tout entière en affirmant que c'est pour elle un grand honneur d'avoir reçu le corps savant qui a bien voulu accepter une hospitalité toute confraternelle.

C'est un lien de plus qui la rattache à la grande Faculté de Paris à laquelle l'École est si heureuse et si fière d'appartenir.

Une représentation théâtrale et un concert suivent le banquet. Disons tout de suite qu'ils ont pleinement réussi. Les discours terminés, tous les convives se lèvent pour se rendre à la salle de théâtre Des programmes fort bien illustrés y sont distribués. Ils permettent d'apprécier le beau talent de M. Ruel, professeur de dessin de l'Ecole régionale des Beaux-Arts d'Angers.

La scène s'ouvre par un chœur de Lalla-Rouk : *C'est ici le pays des roses*, brillamment enlevé par les malades et les employés de l'Asile.

Nous empruntons ensuite aux *Annales médico-psychologiques* le compte rendu de la soirée du mercredi, de notre sympathique confrère le Dr Giraud dont la plume alerte a reproduit avec tant de finesse et d'exactitude tous les détails de cette importante partie.

« Une comédie en un acte de Labiche et Dufresnois a été très bien jouée, entièrement par les malades de l'Asile, et il n'est peut-être pas sans intérêt de faire connaître la distribution de la pièce, en indiquant la forme de folie dont les acteurs étaient atteints :

Trempar. — Halluciné chronique ; incohérent ; s'occupe de la communication de la terre avec les étoiles.

Mme Trempar. — Hystérique chronique ; impulsive ; délire mystique et de grandeurs ; idées de persécution.

Lucida. — Hystérique ; convalescente d'un accès maniaque.

Navaro. — Imbécile ; ne sait ni lire ni écrire.

Antoine. — Héréditaire ; alcoolique ; bouffées délirantes intermittentes.

Fador. — Héréditaire ; alcoolique ; idées de grandeur.

Edmond. — Rémission de paralysie générale ; troubles physiques persistants ; a été placé à l'Asile à la suite d'une expertise médicale ; avait subi huit condamnations antérieures pour escroqueries.

« Les acteurs improvisés savaient admirablement leur rôle et l'ont joué avec le plus grand sérieux, et sans laisser révéler la moindre trace de délire. Je serai peut-être indiscret en révélant que ce résultat a été obtenu grâce à Mme Petrucci, qui s'est montrée un fort habile metteur en scène, et avait disparu, pendant la représentation, pour occuper la loge du souffleur.

« Comme on ne se refuse rien à l'asile de Sainte-Gemmes nous avons eu ensuite les honneurs d'une première, d'un opéra-comique inédit, *La Paludière de Pornichet*, paroles de M. Meunier, musique de M. Paul Petrucci. Les principaux rôles étaient tenus par des amateurs, entre autres Mlle Bauer, que nous avions entendue dans le concert de la veille et M. Lebreton, ténor de la Société chorale Sainte-Cécile d'Angers.

« Les rôles secondaires et les chœurs étaient chantés par les malades, et les décors avaient été brossés par M. Pinard, le secrétaire de direction, qui, dans tout le Congrès, s'est montré l'auxiliaire dévoué du Secrétaire général. Comme dans toute première ayant bien réussi, on a réclamé les auteurs pour les applaudir.

« La fête avait été charmante, mais n'était pas encore terminée. Pendant la représentation, les jardins sur la Loire avaient été illuminés et avaient pris un aspect féerique. Un des bancs de sable qui encombrent la Loire a été utilisé pour y faire partir, sans danger et à bonne distance, un feu d'artifice, et le signal du départ a été donné par une retraite aux flambeaux avec la fanfare de l'Asile. Chacun partait avec le souvenir d'une des plus jolies soirées qu'on pût imaginer. »

Séance du Jeudi 4 Août (Matin)

Présidence de M. BRUNET, vice-président

La séance est ouverte à huit heures.

L'ordre du jour comporte :

1° Le choix du siège du Congrès pour l'année 1899 ;

2° L'élection du Président et du Secrétaire général ;

3° Le choix des questions à mettre à l'ordre du jour ;

4° La nomination des rapporteurs.

Les résultats des votes sur ces divers points ont été précédemment indiqués (voir aux préliminaires).

La parole est ensuite donnée à **M. CULLERRE** qui communique un mémoire *sur le délire de revendication en dehors de la folie raisonnante.*

J'ai, dans un précédent mémoire (1), étudié une forme de délire systématisé des persécutés persécuteurs née de la passion de posséder et d'agrandir son domaine, à laquelle j'ai donné le nom de *délire de revendication.* Chez ces délirants dénués de sentiments sympathiques et altruistes, égoïstes et défiants, orgueilleux et invinciblement portés à se croire lésés ou dépouillés, l'amour de la richesse et en particulier de la terre, qui n'est en somme qu'un dérivé de l'instinct de la conservation individuelle particulier au paysan, aboutit précisément à la négation de cet instinct et à la perte totale de ces biens à la possession desquels ils sacrifient leurs ressources, leur liberté et jusqu'à leur vie.

(1) A. Cullerre : Une forme de délire systématisé des persécutés persécuteurs : *Le délire de revendication.* (Ann. méd. psych., 1897.)

La stabilité de cette forme limitée de délire qui prend ses origines dans des défectuosités du moral et du caractère en fait une variété bien caractérisée de la folie raisonnante.

Par l'importance qu'elle acquiert dans la vie psychique du raisonnant, en refoulant peu à peu toute préoccupation étrangère et en arrêtant la production de toute idée antagoniste, cette idée fixe d'être privé d'un bien auquel il se croit des droits, détermine une déformation du jugement et du raisonnement qui équivaut à un véritable affaiblissement intellectuel. Aussi n'est-il pas surprenant qu'en dehors du délire type de revendication, on rencontre assez fréquemment à l'origine ou dans le cours de certaines folies plus caractérisées, des idées délirantes de cette nature.

Je me propose de passer rapidement en revue les différentes circonstances où l'on peut les rencontrer.

1° Les idées de revendication peuvent caractériser la période prodromique d'une folie généralisée évoluant vers la démence incurable.

Observation I

S.. avait vendu deux morceaux de vigne. Sept ans après il déclare un beau jour que la vente qu'il a faite de ses vignes est nulle et que l'acquéreur n'a pas rempli les conditions stipulées ; il en reprend possession, les taille, les cultive et en écarte par la force le légitime propriétaire qui ne peut rentrer dans son bien qu'après la séquestration de l'usurpateur.

S..., qui a quarante-deux ans, est, à son entrée. en état d'excitation maniaque. Nous ignorons ses antécédents héréditaires, mais nous constatons chez lui une énorme asymétrie faciale du type plagiocéphale. son caractère a toujours été difficile et vindicatif. Il se livrait habituellement à des excès de vin blanc qui furent le point de départ d'idées de défiance vis-à-vis de ses voisins, de jalousie contre sa femme et enfin d'idées multiples de persécution. Avant de revendiquer les vignes qu'il avait bien et dûment vendues sept ans auparavant, il avait eu de nombreuses contestations avec tous les gens du village qu'il accusait de dérober ses récoltes et ses engrais et vis-à-vis desquels il

usait de représailles, s'emparant de ce qui leur appartenait ou détruisant leurs plantations.

Pendant son séjour à l'asile, ce malade passa par une série d'accès maniaques avec hallucinations de l'ouïe et désordre instinctif des actes et intervalles de calme caractérisés par des idées vagues de persécution et d'affaiblissement mental. Après une série d'ictus, il succomba à l'âge de cinquante-huit ans avec de nombreux foyers de ramollissement dans le cerveau.

D'après la marche et la terminaison de la maladie il me paraît certain que cet individu, qui a succombé prématurément aux conséquences de l'athérome cérébral généralisé, était, dès le début de son affection, sous l'influence de l'endartérite commençante et par conséquent dans un état imminent d'affaiblissement mental progressif analogue, toutes proportions gardées, à celui du début de la paralysie générale.

2° Le délire de revendication peut survenir dans le cours d'une aliénation héréditaire dont il forme en quelque sorte la conclusion, la période terminale.

Observation II

O... cantonnier, est fils d'une mère aliénée. Dès l'âge de trente ans, il avait un premier accès de mélancolie avec dépression et tendances anxieuses, nécessitant son admission à l'asile pendant quelque temps.

A l'âge de cinquante-deux ans il était de nouveau placé pour un nouvel accès avec début anxieux et refus d'aliments dont il guérissait au bout de quelques semaines.

Dans l'intervalle de ces deux accès il a éprouvé de nombreuses atteintes du même trouble mental n'ayant pas nécessité de traitement. On l'admet une troisième fois deux ans après sa seconde admission, à l'âge de cinquante-quatre ans et dans des conditions toutes différentes. Depuis plusieurs mois on constate chez lui une sorte de délire de persécution avec idées prédominantes de revendication. Un voisin ayant construit un toit à volailles auprès de sa maison, mais sur son propre terrain, O... s'est persuadé que ce voisin avait agi sans droit ; que le terrain bâti lui appartenait et il détruisit à plusieurs reprises (jusqu'à cinq fois) la construction, malgré l'opposition du propriétaire et les pour-

suites que cette conduite lui attira. Une dernière fois son attitude motive une descente de justice pendant laquelle il insulte les magistrats et encourt des poursuites correctionnelles au cours desquelles il est considéré comme irresponsable et placé une troisième fois à l'asile.

Là, on ne peut obtenir de lui d'autre raisonnement que celui-ci : à savoir que le toit ayant été construit sur son terrain, il avait le droit de le démolir et de reprendre son bien ; le terrain est à lui, son acte le montre ; *il ne s'en est pas aperçu tout de suite*, sans quoi il n'aurait pas laissé édifier la construction ; ce n'est qu'après, que la réflexion étant venue, il est arrivé à la certitude que cet emplacement était à lui. Il demande qu'on lui paie au moins ce terrain ; s'il faut absolument qu'il le vende, il s'y résignera, mais si on l'attribue injustement à son voisin contre tout droit, il ne pourra jamais supporter cette injustice.

En dehors de ce système délirant, on constate chez lui une défiance contre tout le monde, contre ses chefs qui n'agissent pas bien à son égard, contre ses voisins, qui sont trop intéressés et toujours prêts à prendre ce qui n'est pas à eux, contre les juges qu'il n'est pas éloigné de déclarer prévaricateurs ; contre nous qui le maintenons renfermé contre toute justice et pour obéir à une vengeance. Aucune considération étrangère à sa propre personne et à ses prétentions ne le touche : le fait d'avoir insulté les juges lui paraît une bagatelle ; lui seul est victime, lui seul est intéressant, lui seul a des droits ; O... héréditaire, ancien mélancolique, est devenu un revendicateur type avec l'oblitération du sens moral particulière à cette sorte d'aliénés raisonnants.

O... a cinquante-quatre ans ; il souffre de troubles mentaux depuis vingt-quatre ans ; il est probable que la crise psychique actuelle est le résultat d'un affaiblissement prématuré de l'intelligence par suite d'une défaillance précoce ou d'une sénilité anticipée de l'organe cérébral. Chez ce malade le niveau intellectuel loin de se relever ira sans doute en s'abaissant de plus en plus.

3° Le délire de revendication peut se présenter sous la forme de délire systématisé ambitieux primitif, en un mot de mégalomanie.

Observation III

P... est un homme de cinquante-neuf ans, d'apparence assez robuste, aux traits fins, bien que très asymétriques, le côté

droit de la face paraissant beaucoup moins développé que le gauche. Il n'a d'autre infirmité qu'une surdité assez considérable. Il appartient à une famille d'aliénés : son père est mort fou ; une de ses sœurs ne jouit pas de toutes ses facultés ; tous ceux de ses parents qui vivent encore sont très colères, peu sociables et réputés pour leur méchanceté.

P... depuis l'âge de quarante-cinq ans environ, vit en marge de la société, victime d'un trouble mental limité qui s'est développé dans les conditions suivantes : il était depuis plusieurs années le domestique d'un riche propriétaire, M. de B..., lorsqu'il s'imagina que son maître *devait* lui donner des terres, une maison et de l'argent pour s'établir. Fatigué de ses réclamations absurdes, M. de B... finit par le congédier, et, par humanité, lui abandonna la jouissance d'une petite maison pour lui faciliter ses moyens d'existence. Loin de s'atténuer, les réclamations dont P... poursuivait son ancien maître n'en furent que plus pressantes, si bien qu'à la fin celui-ci l'expulsa et ne voulut plus entendre parler de lui.

Alors P. . alla s'installer sur un coin de la propriété de M. de B..., s'y construisit une hutte, y transporta son mobilier et y vécut en oisif, mendiant pour vivre et poursuivant partout M. de B... sur les routes, dans les fo res, dans les établissements publics, réclamant à son ancien maître des terres et de l'argent, prétendant que ces exigences résultaient d'une convention qu'ils avaient autrefois faite ensemble. Plus tard, son délire s'étant étendu, il s'adressa à un autre propriétaire à qui il réclamait aussi des biens en vertu de *superstitions de terres* que ces *messieurs* lui avaient distribuées, disait-il, à la Roche-sur Yon. En même temps il devenait irritable et violent poursuivant principalement les femmes de ses propositions matrimoniales, insultant et menaçant celles qui le repoussaient. On finit par le placer à l'asile, où, le jour de son entrée, on le trouva porteur, sous sa chemise, d'une somme de 2.620 francs en or et en billets, provenant de la vente de son patrimoine effectuée à une époque très ancienne, à la mort de ses parents.

A l'entrée, on constate chez lui les signes d'une démence sénile commençante, le délire précédemment décrit et des tendances érotiques se traduisant par des projets de mariage avec plusieurs jeunes filles de moins de vingt ans. Il se dit victime de la vengeance de MM. de B... et R... qui, ne voulant pas lui donner ce qui lui revient d'après les conventions imaginaires dont nous avons précédemment parlé, n'ont rien trouvé de mieux que de se débarrasser de lui en l'enfermant.

Pendant les trois ans qu'il séjourna à l'asile, il éprouva une série d'ictus cérébraux d'origine vasculaire, et finit par tomber dans le marasme avec parésie généralisée, surdité et cécité corticales. A l'autopsie on constata plusieurs foyers étendus de ramollissement dans les deux hémisphères avec un athérome généralisé des artères cérébrales.

L'analyse de cette observation nous conduit à admettre qu'il s'agit d'un trouble monomaniaque à caractères démentiels, conséquence d'une dégénérescence vasculaire, précoce et progressive chez un héréditaire très taré. Bien que très limité dans sa forme et exempt d'hallucinations, ce délire, par l'absurdité de son mobile, ne saurait être classé dans la folie raisonnante. Il en est toutefois très voisin et appartient à cette catégorie de délires affectifs qui, chez certains sujets souvent remarquables par l'originalité et les bizarreries de leur caractère, coïncident avec un certain affaiblissement mental et annoncent la démence sénile prochaine.

4° Enfin il arrive que le délire de revendication sénile n'éclate qu'après la production manifeste de lésions encéphaliques.

Observation IV

Nous fûmes chargé d'examiner il y a quelque temps, un nommé R.... âgé de soixante-neuf ans, qui, frappé l'année précédente d'un ictus cérébral, avait mis le feu à sa maison contiguë à celle de son frère dans l'espoir d'incendier du même coup cette dernière et qui, ensuite, était allé se jeter dans un puits dont on le retira vivant une heure après.

R. . après avoir pendant de nombreuses années exercé en commun avec son frère, l'industrie de chaudronnier, avait demandé la liquidation de la société en 1871 et avait cessé tout travail, vivant en célibataire de son petit revenu dans la portion de la maison commune qui lui avait été assignée en partage. Peu à peu, grâce à ses habitudes d'ivrognerie, son petit avoir se trouva obéré et compromis. Le désir de se procurer de l'argent l'engagea à se mettre

en rapport avec des hommes d'affaires dont il ne fut pas satisfait ; il s'adressa à son frère qui, voulant bien le nourrir, mais non entretenir à ses dépens les habitudes alcooliques de R. ., refusa de satisfaire à ses exigences. Sur ces entrefaites, il avait eu une première attaque de ramollissement avec parésie temporaire. Ses facultés s'altérèrent de plus en plus et un véritable délire de persécution sous forme de *paranoïa querulens* s'installa progressivement et le conduisit à la tentative d'incendie volontaire pour laquelle il était poursuivi.

Nous empruntons à notre rapport la description de l'état mental de R .. au moment de notre examen :

« On trouve au premier abord chez R.. une certaine vivacité intellectuelle apparente ; l'œil est animé, le verbe haut ; le visage change d'expression avec une rapidité extrême. Mais dès les premiers mots d'entretien, on constate une déchéance radicale de toutes les fonctions psychiques ; la mémoire est incertaine sans être détruite ; certains souvenirs sont précis, d'autres sont à peu près nuls ; l'association des idées est pénible et confuse ; le malade, abandonné à lui-même, se perd dans ses propres idées et bientôt reste court ou recommence ce qu'il vient de dire sans pouvoir aboutir à s'exprimer. La pensée ne prend une précision réelle que lorsqu'on touche la corde des sentiments affectifs : alors R... témoigne avec une énergie et une colère soudaines d'une haine violente contre son frère et ses neveux qui, prétend-il, l'ont dépouillé et contre les hommes d'affaires qu'il considère comme leurs complices. Il reconnaît que c'est pour se venger d'eux qu'il a allumé l'incendie de sa maison : il ne veut pas que son bien leur revienne un jour ; il est prêt à subir la peine qu'il a méritée ; qu'on le fasse mourir séance tenante, qu'on l'endorme pour toujours, mais qu'on fasse une enquête et qu'on fasse faire de la prison à tous ceux qui l'ont volé, qui *l'ont dépouillé de plus de 7,000 francs.* Et l'inculpé, tout tremblant de colère, répète avec une violence d'enfant irrité : « Je veux qu'ils fassent de la prison ; je le veux ! je le veux ! »

« Si on le prie de raconter les circonstances dans lesquelles ses griefs ont pris naissance, c'est alors que toute l'indigence mentale de R... se manifeste et qu'il se perd dans le récit de ses démêlés d'argent avec son frère, démêlés qui sont imaginaires ; de ses contestations avec les notaires et les huissiers qui n'ont

pas plus de fondement ; dans l'exposé de ses propres affaires, dont il ignore la véritable situation.

« L'examen du dossier démontre clairement de son côté tout ce qu'il y a de peu fondé dans les griefs de l'inculpé et d'incohérent dans sa conduite pendant la période qui a précédé le crime dont il est accusé. Ses démarches chez les hommes d'affaires dénotent un état mental déjà profondément troublé ; il change de notaire parce qu'il croit que son notaire habituel s'entend avec ses ennemis ; il fait mettre sa maison en vente publique, mais il exige que la mise à prix soit trois fois plus élevée que la valeur réelle ; plus tard il veut la céder à l'amiable pour une somme infime, à la condition que l'acheteur subira des clauses absurdes et contraires à la loi.

« L'examen mental du prévenu, permet, en résumé, d'établir deux choses : 1° un affaiblissement accentué de l'intelligence ; 2° un délire de persécution très précis quant aux personnes qu'il vise et très confus quant aux circonstances qui lui servent de base. »

R..., placé à l'Asile, y succombe quelques mois après au progrès du ramollissement cérébral. Les renseignements que nous avons recueillis sur lui nous le montrent comme un individu paresseux, noceur et alcoolique, alors que son frère a toujours été laborieux, rangé et d'une vie régulière. Il existait donc chez lui des antécédents personnels de déséquilibration mentale qui expliquent dans une certaine mesure l'épisode terminal de son existence psychique.

L'examen des faits précédents suggère quelques remarques que nous ferons d'une façon très sommaire.

Il s'agit d'abord, dans les quatre cas, d'héréditaires ou de dégénérés à antécédents personnels.

Chez tous l'apparition des idées délirantes de revendication a été tardive et a coïncidé avec des symptômes d'affaiblissement mental dus, chez trois au moins, aux conséquences de l'artérite athéromateuse.

Etant données ces conditions anatomo-pathologiques et le milieu propice à l'éclosion du délire de revendication, à savoir la classe rurale avec ses mœurs et ses appétits spéciaux, nous devions précisément observer ce syndrôme psychopathique dont l'importance clinique et médico-légale ne saurait être méconnue.

En effet, les troubles de la sensibilité affective et du caractère sont un des symptômes les plus précoces et les plus constants des démences organiques, avons-nous fait remarquer ailleurs; l'affaiblissement sénile de l'intelligence peut se larver sous l'aspect d'une véritable *folie morale* et on a vu des déments aller jusqu'au crime pour assouvir des haines injustifiées (1). Désormais donc, à l'énumération des conceptions délirantes de persécution constatées chez cette catégorie de malades, accusations mensongères de sévices, d'adultère, de vol, de spoliation, il conviendra d'ajouter *le délire de revendication*.

M. GIRAUD, lit au nom de **M. POIX**, du Mans, une observation sur un cas de *maladie de Little*.

Maladie de Little d'origine obstétricale (2)

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de maladie de Little qui nous a paru digne d'être rapporté à cause des considérations étiologiques et pathogéniques auxquelles il donne lieu. Il s'agit d'une petite fille âgée de deux ans et demi, née de parents ne présentant aucune tare nerveuse ni syphilitique. La mère a eu une grossesse normale, sans chute ni traumatisme, mais l'accouchement — qui se fit à terme — fut particulièrement laborieux, et dura deux jours. Le médecin qui fut appelé fit à trois reprises une application de forceps; à la dernière tentative, l'enfant put être extrait, mais il était en état de mort apparente et ne put être ranimé qu'au bout d'une demi-heure; les jours suivants il eut des convulsions, accompagnées de strabisme; les marques du forceps persistèrent pendant trois semaines; il se forma des croûtes, au niveau de l'empreinte des cuillers, qui disparurent spontanément. L'enfant fut élevé au sein jusqu'à dix mois, c'est vers cette époque que la mère s'aperçut qu'il présentait de la raideur

(1) A. Cullerre : Les faux témoignages des aliénés devant la justice. (*Rapport au Congrès des médecins aliénistes ;* La Rochelle, 1893.)

(2) Communication au Congrès de neurologie d'Angers, 4 août 1898.

de ses membres, particulièrement au niveau des membres inférieurs.

A l'examen les membres inférieurs sont à l'état de repos légèrement fléchis; la jambe est à demi fléchie sur la cuisse, le pied est en varus équin léger; l'enfant remue spontanément ses jambes, il peut les mettre dans les diverses positions, particulièrement dans l'extension; cependant ces mouvements se font avec une certaine difficulté; tous les mouvements peuvent également être faits passivement, s'il n'y a pas de rigidité, toutefois la jambe droite se laisse plus difficilement étendre que la gauche; si l'enfant est mis debout, soutenu par les aisselles, les membres inférieurs se mettent aussitôt en rigidité; les muscles adducteurs forment à la face interne de la cuisse une corde rigide; il en est de même de ceux qui délimitent le creux poplité, l'équinisme s'accentue et la saillie du tendon d'Achille augmente; en tenant l'enfant sous les aisselles et en l'incitant à marcher il peut faire quelques pas, mais la démarche est hésitante et se fait par saccades; s'il est abandonné à lui-même, il ne peut conserver son équilibre et tombe aussitôt en arrière. Les reflexes patellaires sont très exagérés; le clonisme du pied ne peut être facilement provoqué. La rigidité se produit non seulement quand on met l'enfant debout, mais encore sous l'influence d'une piqûre, ou de toute autre sensation; une émotion vive, la peur ou un accès de colère la provoquent aussitôt.

Au niveau des membres supérieurs, la rigidité est moins accentuée: à droite, à l'état de repos, l'avant-bras est en demi-flexion sur le bras, la main est pendante et ne peut tenir un objet, car à son contact la rigidité apparaît; à gauche les mouvements se font plus aisément, cependant la main est maladroite, et s'oriente difficilement vers l'objet qu'elle veut saisir; les reflexes olécraniens sont exagérés, mais surtout du côté droit.

Il n'y a aucun trouble de la sensibilité à tous ses modes; les sphincters sont conservés normaux.

Le faciès est un peu spécial : la bouche est légèrement entr'ouverte et laisse continuellement couler de la salive; cette salivation persistante jointe à l'immobilité de la phy-

sionomie donne à l'enfant une expression hébétée et stupide; bien qu'il n'y ait pas de troubles respiratoires ni phonateurs, le langage n'est pas articulé et se réduit à quelques monosyllabes qui sont toujours les mêmes.

On ne constate pas de troubles oculaires, mais le crâne présente une déformation importante à signaler : les bosses frontales sont aplaties, la région de la suture sagittale est un peu bombée et il existe une saillie notable de la région occipitale; de plus au niveau du sourcil droit existe une modification de couleur et de consistance de la peau qui paraît en rapport avec un vestige de l'empreinte d'une cuiller de forceps.

Il n'y a pas de mouvements athétosiques ni choréiques.

L'enfant est irascible, présente parfois sans cause apparente des accès de colère pendant lesquels il brise tout ce qui l'entoure et se frappe lui-même; dans ces moments il est toujours en état de rigidité. Il n'a jamais de convulsions.

La maladie ne paraît pas avoir évolué depuis quatre mois que nous l'observons.

En recherchant dans les observations de la maladie de Little, d'ailleurs rares qui ont été publiées, nous trouvons que les deux facteurs étiologiques le plus souvent cités sont la naissance avant terme et l'accouchement laborieux. C'est en se basant sur la fréquence du commémoratif d'accouchement prématuré que Van Gehuchten a émis cette opinion, que les cas de maladie de Little rangés sous le nom de *rigidité spasmodique des enfants nés avant terme* sont dus à un arrêt ou à un retard momentané ou définitif dans la croissance des fibres pyramidales.

De même pour l'accouchement laborieux, on peut admettre qu'il agit en déterminant une lésion cérébrale, conséquence soit de compression, soit de gêne de circulation; cette lésion cérébrale, quelle qu'en soit la nature, entraîne, toutes les fois que les zones motrices ou les fibres pyramidales sont intéressées, une agénésie partielle ou totale du faisceau pyramidal. C'est dans cette catégorie de faits que rentre l'observation précédente; en dehors du commémoratif d'accouchement laborieux, l'arrêt de déve-

loppement intellectuel de l'enfant témoigne en faveur de la localisation de la lésion au niveau de l'écorce cérébrale. Naissance avant terme et accouchement laborieux, voilà les deux éléments étiologiques que l'on rencontre le plus souvent — et peut-être l'étude clinique d'un grand nombre de cas permettrait-elle, en se basant sur ces notions, de distinguer deux formes nettement différenciées au point de vue des symptômes et du pronostic; — la rareté des observations publiées nous empêche de chercher à établir cette différenciation.

Mais ce ne sont pas là d'ailleurs les seuls facteurs étiologiques qui interviennent dans la maladie de Little comme le prouvent deux observations de rigidité spasmodique congénitale, avec autopsie, rapportés par M. Déjerine (1). Dans l'un de ces cas il s'agissait d'une porencéphalie double, dans l'autre d'une lésion médullaire en foyer, très certainement primitive, localisée au niveau de la deuxième paire cervicale sur le cordon latéral et sur les cornes postérieures et ayant déterminé pendant la vie les symptômes d'une rigidité spasmodique des quatre membres, prédominant et de beaucoup dans les membres inférieurs. De ces constatations anatomiques, il résulte d'une part qu'il existe d'autres facteurs étiologiques à côté de la naissance avant terme et de l'accouchement prématuré, d'autre part que les discussions de Ross, Wolters, Oster, Feer, relatives au siège médullaire ou cérébral de la lésion sont maintenant stériles, puisque l'on peut rencontrer des localisations variables.

En somme, dans ces conditions, la maladie de Little ne nous apparaît plus comme une entité morbide, mais comme un syndrôme, se développant chez les sujets dont le faisceau pyramidal a été arrêté ou retardé dans son développement, que le siège de la lésion soit médullaire ou central, et que sa production remonte à la vie intra-utérine ou à la naissance.

(1) Dejerine, *Bull. de la Soc. de Biol.*, 13 mars 1897, p. 261.

M. le Dr TERRIEN (de la Vendée)

La Médecine mentale à la campagne

Il vous paraîtra étrange de voir un médecin habitant la campagne venir ici, dans ce Congrès, parler d'aliénation. Mais ce médecin s'est toujours souvenu qu'il a eu l'honneur d'être autrefois votre collègue d'asiles et, quoique tombé dans la clientèle, il n'a pas, au milieu de ses malades somatiques. oublié les autres, les psychiques. Au fond de mon bocage vendéen, loin de tout centre scientifique, j'ai continué à m'intéresser à la psychiâtrie, à suivre les progrès incessants réalisés dans cette branche de la médecine. Puis, quand le hasard de la clientèle m'amène un aliéné je m'y attache ; je m'y attache d'autant plus que je suis davantage sevré de ce genre de malades, je le retiens dans sa famille autant que faire se peut après avoir préalablement étudié et la nature de l'affection et la valeur intellectuelle de l'entourage, je lui donne mes soins, et dois-je le dire dès maintenant? j'ai obtenu souvent d'excellents résultats. Il m'est arrivé ainsi de soustraire un certain nombre de malades à mon excellent et savant confrère de l'Asile de la Roche-sur-Yon, le Dr Cullerre qui, j'en suis sûr, ne m'en voudra pas, ne s'en montrera pas jaloux, puisque je travaille ainsi, dans la mesure de mes forces, au désencombrement de son asile. J'ai fait là, en petit, bien entendu, de l'assistance familiale directe, et je n'ai eu qu'à me louer de ma tentative.

Ce sera donc une simple et courte statistique que je vous apporterai, mais si brève qu'elle soit, elle pourra peut-être être instructive par les indications qu'elle sera susceptible de fournir.

Fréquence des maladies mentales dans cette partie du bocage vendéen. Nombre d'aliénés visités en dix ans

Depuis dix ans que j'exerce la médecine en Vendée, j'ai rencontré 19 aliénés avec délire nettement caractérisé

pouvant nécessiter l'internement. Ce chiffre n'est pas considérable si l'on songe au terrain tout spécial sur lequel s'étend ma clientèle ; pays de nerveux, pays de dégénérés, pays de buveurs ; et ces trois termes n'ont rien d'exagéré. Pays de nerveux ? Il l'est d'une façon vraiment remarquable. Sous des dehors rustiques, ai-je dit dans une étude antérieure, le paysan vendéen cache une âme profondément émotive, impressionnable et facile aux suggestions. C'est un névropathe. Les hystériques hommes et femmes se rencontrent à chaque instant, les neurasthéniques sont légions ! Du reste, il suffirait, pour se bien fixer sur la fréquence de ces névroses, de se reporter à mes précédentes communications, *Archives de Neurologie*, an. 94-97 et Congrès de Toulouse, 1897. Hystérie en Vendée et hystérie infantile en Vendée.

Pays de dégénérés ? Oui, les porteurs de stigmates physiques de dégénérescence sont fort nombreux ici et la raison, à mon sens, réside dans les mariages consanguins — une agglomération de plusieurs milliers de personnes n'étant réprésentée que par quelques familles — aussi que de ticqueux, que de bègues, que de sourds-muets, que de faces à ptosis, que de faces asymétriques on y rencontre, surtout dans une région bien délimitée de ma clientèle, là précisément où j'ai recueilli presque toutes mes observations d'hystérie ce qui, en passant, indique bien les liens étroits qui unissent la grande névrose et la dégénérescence !

Pays de buveurs ? Ah ! certes, si la Vendée a cette réputation elle est bien méritée. Mon étonnement fut grand en venant dans le pays, de constater cette quantité incroyable de boissons absorbées chaque jour par le Vendéen et de voir combien était restreint le nombre de ceux qui savent rester sobres, se garder de tout excès, résister aux tentations multiples qui les sollicitent chaque jour, car ici, les occasions de boire sont de tous les instants. Pas un acte de la vie sociale, publique ou privée ne s'accomplit ; aucun marché ne se conclut sans qu'il y ait prétexte à de copieuses libations. On boit partout et toujours, à l'arrivée des parents, des amis, de l'hôte connu

ou inconnu. Le médecin lui-même n'est pas épargné (ce fut, pour moi, une grande surprise en arrivant dans ce pays vraiment trop hospitalier), le médecin, dis-je, à peine entré dans la maison d'un client, avant même de prendre le temps d'examiner son malade, voit s'étaler, en silence, sur la table, au-dessus d'une nappe bien blanche, dressée pour la circonstance, un pot de grès rempli d'un bon vin blanc du pays. Voilà les mœurs ! Et je le déclare, je tremblerais pour la santé du malheureux praticien s'il n'arrivait ici avec une dose d'énergie suffisante pour résister aux sollicitations si pressantes et si amicales de ces paysans du Bocage, car peut-être ne jouirait-il pas de cette sorte d'indifférence toute particulière que semble présenter le Vendéen vis-à-vis de l'agent toxique.

Certes, je dois l'avouer, au risque de me faire passer pour un apôtre de buveurs, ce qui serait contraire à la vérité, car je lutte de toutes mes forces contre cet abus exagéré de boissons, malheureusement sans succès (une ligue anti-alcoolique ne devant jamais trouver ici d'adhérents), je dois avouer que, si le paysan vendéen boit, s'enivre, il fait rarement du délire alcoolique, devient rarement, par ce fait, un aliéné ce que, du reste, confirmera ma statistique. Même le foie si sensible au poison est fort peu souvent touché. Pourquoi ? L'état social, le genre d'existence, cette vie active en plein air, ce travail musculaire permanent, doivent, à mon idée, annihiler, en partie, l'action nocive des boissons alcooliques; son genre de nourriture, son alimentation presque absolument végétale (haricots, pommes de terre, choux), produisant moins de fermentation digestive anormale, élaborant moins de toxines, met le paysan dans des conditions meilleures pour conserver indemnes ses cellules hépatiques, cérébrales, etc. — et neutraliser ainsi les effets du poison. Il y a cette autre raison capitale, selon moi, c'est que, à de très rares exceptions, le Vendéen n'aime que son vin, ne boit que son vin (dont le degré alcoolique varie de 7 à 8 degrés), le vin qu'il récolte lui-même, car chacun a son coin de vigne qu'il cultive. S'il boit parfois de l'eau-de-vie, c'est l'eau-de-vie qu'il retire de la distillation de son vin, mais il est

surtout et presque exclusivement un buveur de vin blanc, il boit très rarement de ces liquides composés, boissons à essence, absinthe, vermouth et autres apéritifs ; il tient à ses coutumes et il reste national jusque dans ses vices, ce qui, dans l'espèce, lui est assurément grand profit, puisque les seuls que nous verrons tout à l'heure frappés du délire alcoolique sont précisément ceux qui, foulant aux pieds les mœurs locales, ont fait usage de mauvais alcools de cabarets au grand détriment de leur santé physique et psychique.

Ainsi, pour me résumer, je viens de vous présenter un tableau où figurent en masse des buveurs, des dégénérés, des névropathes, et malgré cela, malgré ce terrain spécial qui semblerait devoir être si favorable à l'éclosion des manifestations délirantes de toutes sortes, je n'aurai à vous offrir qu'un chiffre assez faible d'aliénés, 19, et ma clientèle est assez vaste, surtout en ce qui touche la pathologie nerveuse. Sur ces 19 délirants j'en ai adressé 5 seulement à l'Asile ; pour les autres j'ai fait de l'assistance familiale directe.

Je n'ai pas dessein de m'étendre longuement sur les différents malades que j'ai à vous présenter, pour une raison fort simple, qu'ils n'offrent, en général, aucune particularité qui nécessite de fixer l'attention. Je serai bref pour arriver aux conclusions.

Aliénés adressés à l'Asile. — Le nombre d'aliénés que j'ai dû diriger vers les Asiles a été, ai-je dit, de 5 seulement en dix ans. Il m'avait fallu prendre cette mesure, parce qu'il y aurait eu pour certains un réel danger à les maintenir dans la famille, et pour les autres, impossibilité absolue de trouver, dans leur entourage, les soins que nécessitait leur état.

Dans ces 5 malades nous trouvons un jeune homme de vingt-quatre ans.

1° R..., épileptique avec excitation maniaque, agitation, impulsions violentes, hallucinations. — Héréditée accumulée. Cette crise délirante est survenue à la suite d'un violent trau-

matisme — chute de voiture — blessures graves à la face interne de la cuisse gauche. Ce malade est encore actuellement à l'Asile de la Roche-sur-Yon.

2° B..., soixante ans, mélancolie avec idées de damnation, de culpabilité, de ruine. Hallucinations de la vue et de l'ouïe. Refus des aliments. Morte récemment à l'Asile de la Roche-sur-Yon. J'avais dû envoyer cette femme à cause de la gravité de l'affection, et aussi pour cette raison que la fille, une débile, menaçait de copier le délire de sa mère.

3° R..., débilité mentale et mélancolie avec idées de damnation, de possession, d'empoisonnement. Hallucinations des sens. Troubles de la sensibilité générale. Est sortie de l'Asile de la Roche-sur-Yon après un séjour de trois mois environ.

4° Le mari de la malade précédente. Deux jours après le départ de sa femme, il est pris subitement de délire maniaque avec agitation extrême, idées incohérentes, hallucinations multiples, il se croit ensorcelé, il est dans l'enfer. Sorti guéri de l'asile après un séjour de trois semaines.

5° D^lle B..., vingt ans. Hystérie et dégénérescence mentale avec stupeur mélancolique alternant avec de l'excitation bruyante. Elle est actuellement à l'Asile Saint-Jacques de Nantes.

Aliénés qui ont bénéficié de l'assistance familiale directe

Je compte d'abord 4 délirants alcooliques. Ce chiffre, si l'on se rapporte à ce que j'ai dit plus haut sur les habitudes d'intempérance du Vendéen, devra vous paraître excessivement faible. J'ai essayé d'en donner l'explication et je ferai remarquer, en passant, que précisément ces 4 malades rompant avec les mœurs du pays n'étaient pas seulement des buveurs de vin blanc, mais surtout des buveurs d'alcools, d'apéritifs, liqueurs, etc.

1° S..., soixante ans, cultivateur. Hérédité névropathique chargée. En 1894, fait du délire alcoolique avec hallucinations de la vue, de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale, zoopsie, insomnie, agitation. Durée du délire quinze jours. Depuis, santé maintenue excellente.

2° P..., cinquante-six ans, meunier, buveur de profession, buvant chez lui, à l'auberge, dans les fermes qu'il visite, buvant partout vin, eau-de-vie, liqueurs. Pas d'hérédité. Présente son premier accès de délire alcoolique en 1893. Il voit des rats, des souris courir, il entend des voix qui sortent des plafonds et des murs, on le menace, il est empoisonné ; quelques idées hypocondriaques ; ses intestins sont fermés. Guérison au bout de deux mois. — Second accès en 1898, semblable au précédent, moins d'agitation toutefois, la dépression mélancolique domine. Insomnie, cauchemars. Durée de l'accès un mois et demi. Etat actuel très satisfaisant.

3° L..., quarante-huit ans, meunier, est pris subitement de délire alcoolique en chemin de fer, en 1896. Habitudes d'ivrognerie. Durée du délire un mois. — Mort de cirrhose du foie

4° L..., cinquante-deux ans, meunier, beau-frère du précédent, grand buveur d'eau-de-vie, d'apéritifs. Alcoolisme chronique, idées de persécution, hallucinations terrifiantes ; pour fuir ses ennemis ou les bêtes qui le dévorent il a essayé plusieurs fois de se jeter dans la rivière, mais il a toujours été arrêté à temps grâce à la surveillance active exercée par la famille. — A présenté de la paralysie alcoolique, un mal perforant plantaire double ; mort de cachexie alcoolique.

Sur ces 4 délirants alcooliques, 3 exerçaient la profession de meunier. Il est vrai que le meunier en Vendée, à cause de ses visites journalières qu'il doit faire chez les clients, trouve plus que tout autre des occasions de boire.

5° Femme D..., vingt-sept ans. Pas d'hérédité Démence précoce consécutive à une fièvre typhoïde grave en 1893. — Perte de mémoire absolue — gâtisme, violence. Peut cependant être conservée dans la famille.

6° R..., trente-deux ans. Hérédité, premier accès de mélancolie en 1894 avec idées mystiques, reste des journées entières en prière, elle est coupable vis-à-vis de Dieu et de la Vierge, elle ira en enfer. On lui a jeté un sort, hallucinations de la vue et de l'ouïe. Guérison au bout de deux mois. — Deuxième accès en 1897, semblable au précédent, même délire. Durée trois semaines. Etat aujourd'hui satisfaisant.

7° S ..., quarante-huit ans. — Hérédité nerveuse — mélancolie avec idées de persécutions — on parle d'elle, on se moque d'elle. Refus d'aliments. C'est la Vierge qui lui défend de prendre de

la nourriture, c'est pour expier ses fautes ; si elle mangeait, le diable l'emporterait. Hallucinations de la vue et de l'ouïe. — J'ai vu, pour la première fois, cette malade après le début de l'affection, au moment où l'on se disposait, sur le conseil du médecin traitant, à la diriger sur l'Asile. J'ai fait différer l'internement. Par la menace de la sonde, je suis arrivé à faire accepter des aliments à la malade ; les forces physiques qui étaient profondément débilitées par un jeûne prolongé sont revenues peu à peu : puis, les idées délirantes se sont effacées et trois semaines après une première visite, cette femme était considérée comme guérie.

8° J..., quarante-six ans, mélancolie et hypochondrie — pleurs, gémissements continuels. — Insomnie. Son estomac est rongé, on lui a jeté un sort. — Hallucinations de l'ouïe. — Premier accès en 1891 — durée trois mois — deuxième accès en 1896 — durée quatre mois — troisième accès en 1898 — persiste encore. Depuis quelques jours l'état s'est sensiblement amélioré. — Hérédité névropathique.

9° J..., trente-deux ans, délire hypochondriaque. La vessie est fermée, elle est remontée au haut du ventre, son intestin ne fonctionne pas, les aliments sont arrêtés au passage ; il est ensorcelé, pas d'hallucinations. J'ai dû lui passer la sonde pour lui montrer que son tube digestif était bien ouvert. Il se nourrit aujourd'hui, mais il demeure toujours triste, commence cependant à faire quelques promenades. — Amélioration. — Hérédité nerveuse.

10° L..., quarante-deux ans Dégénérescence mentale avec excitation maniaque — idées de sorcellerie, toute la maison, le bétail de la ferme, tout est ensorcelé. Agitation, violence, hallucinations de tous les sens et troubles de la sensibilité générale. — Guérison au bout de deux mois et demi.

11° J..., soixante ans, mélancolie et hypocondrie. — Les aliments le brûlent, ses pieds brûlent, il est empoisonné, il est dans l'enfer. — Cris, pleurs, agitation, fugues nocturnes — premier accès en 1890. Durée un an — dans l'intervalle quelques périodes de rémission — idées de sorcellerie — deuxième accès en 1897 — Affaiblissement considérable par affection cardiaque et par abus de la morphine. Décédé en 1897.

On pourra remarquer, quelle place importante prennent les idées de sorcellerie dans le délire de mes malades. Rien de surprenant quand on songe à quel point ce pays est superstitieux.

D'ailleurs le fanatisme religieux règne ici plus que partout ailleurs, la croyance en tout ce qui est surnaturel y est profondément enracinée. Dès l'enfance, le Vendéen, au coin du feu, dans les longues veillées d'hiver, entend raconter les histoires les plus fantasques de revenants, de sorciers ; sa jeune imagination est frappée par ces récits grotesques, son cerveau travaille sur ces idées bizarres que l'on y sème. Toutes ces images, toutes ces représentations terrifiantes sont évidemment propres à surexciter le système nerveux au point de produire dans l'avenir l'hystérie ou la neurasthénie, et s'il arrive un jour que l'enfant, devenu homme, fasse du délire, il est tout naturel de voir ces idées superstitieuses si profondément imprimées dans son cerveau s'exagérer encore et devenir la base de son délire.

12° B..., vingt-quatre ans — mélancolie puerpérale. Hérédité névropathique accumulée. — Huit jours après son premier accouchement cette jeune malade devient triste, indifférente à tout ce qui, naguère, l'intéressait. Pleurs continuels. — Obsessions, impulsions — quelque chose la pousse constamment à se jeter à l'eau, mais elle a toujours su résister à cet entraînement. Durée un an et demi. — Guérison après un second accouchement.

13° L..., vingt ans — mélancolie puerpérale survenant cinq jours après l'accouchement — idées de damnation, idées de mort, elle ira en enfer. — Hallucinations des sens — Insomnie. Pas d'hérédité. — Guérison au bout d'un mois.

14° *Paralysie générale.* — B..., quarante-deux ans, profession de pharmacien. Le début de l'affection remonte à quatre ans. Longtemps avant cette époque, le malade éprouvait des douleurs très vives dans les jambes, il avait la sensation d'aiguilles s'enfonçant dans les chairs, parfois la marche était rendue impossible. Si ce n'avait été la conservation des reflexes j'aurais pensé à l'ataxie, mais peu à peu les douleurs s'effacent pour faire place à d'autres symptômes plus alarmants ; la parole devient hésitante, traînante, embarrassée. Je songe alors à la paralysie générale, sans toutefois affirmer ce diagnostic car l'intelligence demeurait absolument intacte, la mémoire n'était pas diminuée. Il continuait d'exercer sa profession si délicate de pharmacien, seul, sans élève, et cela sans que j'aie jamais pu remarquer la plus légère erreur dans la préparation des médicaments. Puis, ce malade n'a jamais eu la syphilis, il me l'eût certainement avoué, d'autant qu'il savait fort bien toute l'im-

portance qu'il y avait à faire cet aveu afin que je puisse diriger mon traitement et tenter ainsi d'améliorer sa situation. Il n'a pas eu de chancre, jamais d'éruptions, aucune manifestation quelconque pouvant révéler la syphilis. Et pourtant c'était bien de la paralysie générale que notre malade faisait. Aujourd'hui l'affection est nettement dessinée ; le docteur Babinski l'a vu et a porté ce diagnostic qui, du reste, ne pouvait faire de doute pour personne ; tous les signes somatiques sont accentués — bredouillement, tremblement de la langue et des muscles de la face — inégalité pupillaire — impossibilité d'écrire. L'intelligence commence aujourd'hui à s'affaiblir, mais il n'existe pas de trace d'idées délirantes.

Plusieurs points sont à noter chez ce malade. D'abord au sujet de l'étiologie. Pas d'alcoolisme, pas de maladies infectieuses, pas de syphilis acquise ni héréditaire ; de l'hérédité congestive seulement, et cependant notre malade est devenu paralytique général. Ceci indique bien que, si la syphilis est la cause nécessaire, on peut trouver des paralytiques généraux non syphilitiques. Il y a également à signaler ce fait, c'est que les signes somatiques peuvent précéder de très loin les troubles psychiques, que l'intelligence peut se conserver très longtemps intacte : nous avons vu ce malade tenir pendant quatre ans sa pharmacie, faire seul toutes les préparations et les bien faire alors qu'il était paralytique général, et qu'enfin la paralysie générale sans délire, si c'est une exception, existe certainement plus souvent que ne le pense le Dr Arnaud. Disons en terminant que c'est le seul paralytique général qu'il m'ait été donné d'observer en dix ans.

CONCLUSIONS

J'ai fini l'énumération de mes malades. Vous avez vu ceux que j'ai adressés à l'Asile et ceux que, en plus grand nombre, j'ai pu conserver à la famille. Qu'en conclure ?

C'est qu'un médecin en clientèle initié à la psychiâtrie, ayant autrefois dans le cours de ses études approché les aliénés, les ayant étudiés, peut, en maintes circonstances, donner des soins à ces malades et obtenir des guérisons sans avoir recours à l'asile fermé.

On crie avec raison contre l'encombrement des asiles, contre le trop grand nombre attribué à chaque médecin.

Depuis fort longtemps on cherche les remèdes à cette déplorable situation. Jusque-là on n'en a trouvé qu'un seul, l'augmentation du nombre de médecins, mais comme la question budgétaire tourmente et tourmentera toujours les pouvoirs publics, il est à craindre que les desiderata formulés restent sans effet. Je n'ai certes point la prétention d'avoir trouvé la solution du problème, ce serait trop beau ! je me permettrai d'affirmer ceci, et. en cela, je m'appuierai sur ma pratique personnelle, sur ce que j'ai vu autrefois lors de mon passage dans les asiles et sur ce que je vois aujourd'hui autour de moi, j'affirmerai, dis-je, que dans bien des cas, tel malade qui est dirigé sur l'asile, aurait pu recevoir des soins et guérir dans sa famille si le médecin en clientèle, celui qui est chargé précisément de faire le recrutement pour les asiles, avait des notions suffisantes en aliénation.

Personne ne me contredira, je crois, si j'affirme que souvent il arrive au médecin d'asile de dire en recevant un aliéné : « Encore un qui serait aussi bien chez lui. » Faut-il blâmer la conduite du praticien dans la circonstance ? A-t-il avec trop de sans-gêne conseillé l'internement du malade et délivré son certificat? Non, il a fait ce que sa conscience lui dictait de faire ; ne sachant pas l'aliénation il n'a pas cru pouvoir traiter avec fruit un malade qu'il ne connaît pas, aussi se hâte-t-il de s'en débarrasser et d'en débarrasser la famille. Pour bien montrer que je ne fais pas ici le procès du médecin en clientèle, j'ajouterai que s'il ignore complètement les maladies mentales, il est très excusable, il ne peut pas les connaître, car, il faut bien l'avouer, la science de l'aliénation est une science absolument négligée dans nos écoles de médecine, on en tient peu compte soit dans les cours, soit dans les examens ! J'irai même plus loin, je pourrais citer certaines écoles de province où il est interdit à l'étudiant de pénétrer dans une salle d'aliénés. Aussi qu'arrive-t-il ? C'est que le premier aliéné que verra ce médecin, ce sera dans sa clientèle. Que voulez-vous alors qu'il fasse en présence d'un délirant? Impossible à lui de porter un diagnostic raisonné, de formuler un pronostic, et, partant, d'instituer un traite-

ment. Il n'a qu'une ressource, et il s'empresse de la saisir, c'est l'internement de son malade dans un asile ou une maison de santé, mais ce sera un pensionnaire de plus, et dût-il, ce malade, ne rester que quelques jours interné, il n'en aura pas moins tenu sa place à l'asile et contribué ainsi à son encombrement. Voilà le mal! Dois-je également ajouter qu'au point de vue social ce séjour dans un asile, si court qu'il soit, a pour la famille de fâcheuses conséquences? Un délirant est-il traité chez lui? on l'oublie, c'est une fièvre qui lui a momentanément troublé le cerveau. A-t-il, au contraire, franchi les portes de l'asile? c'est un fou, et quoique devenu libre, il restera pour la foule un fou, ce sera alors pour la famille une tache qui ne s'effacera jamais et dont les descendants auront toujours à souffrir.

Où donc est le remède à ce mal? Il découle naturellement de ce que j'ai exposé plus haut. Il faudrait que le médecin pût acquérir, dans le cours de ses études, des connaissances suffisantes en aliénation pour que, une fois en clientèle et rencontrant un aliéné, il pût porter un autre diagnostic que le simple diagnostic « folie », qu'il ait au moins quelques idées sur le caractère de cette folie, sur son pronostic probable, sur l'opportunité qu'il y a à prendre telle ou telle détermination ; maintien dans la famille jusqu'à voir ou internement immédiat s'il y a danger public, danger pour le malade. Evidemment, pour atteindre ce but, il serait absolument nécessaire qu'on fît de sérieuses réformes en ce qui concerne la part attribuée aux maladies mentales dans les études actuelles ; que l'aliénation ne restât pas une science aussi sacrifiée, aussi fermée à la foule des étudiants. Pourquoi, en somme, ne créerait-on pas des chaires de maladies mentales dans toutes les écoles de médecine de province? Pourquoi même n'exigerait-on pas de l'étudiant un stage, si court qu'il soit, dans un hôpital d'aliénés, comme on en exige pour les cliniques d'accouchement? Le cas, évidemment, n'est pas le même, l'importance est moindre, cependant j'ai montré les avantages qui pourraient en résulter. Pourquoi, lors des examens cliniques, ne présenterait-on pas, parfois, un aliéné

à examiner, comme on présente un autre malade? De cette façon, l'étudiant, le futur médecin serait obligé de travailler ses maladies mentales, il se ferait ainsi un peu de décentralisation de la science psychiâtrique, elle ne resterait pas le domaine exclusif du médecin d'asile, et le praticien, sans être devenu pour cela un spécialiste, aurait acquis des connaissances telles que, dans certains cas, il pourra faire, ce que moi-même j'ai fait, un peu d'assistance familiale directe et contribuer, autant que possible, au désencombrement des asiles.

M. CULLERRE. — Je félicite M. Terrien de son intéressante communication qui vient confirmer une partie des considérations que j'ai jadis exposées sur le même sujet. J'ai publié, en 1893, dans *la Vendée médicale* une petite statistique de laquelle j'ai pu conclure que c'est le *cabaret* autant que la *boisson* qui fait l'alcoolique dans nos campagnes. C'est au chef-lieu de la commune que se groupent les cabarets, dans les gros villages, les bourgs, les villes : ce sont ces mêmes agglomérations qui fournissent presque exclusivement les alcooliques à l'asile de la Roche-sur-Yon. Et d'autres termes, le *paysan* habitant en pleins champs ne devient qu'exceptionnellement alcoolique (14 °/₀) tandis que l'*ouvrier*, l'*artisan*, le *propriétaire* qui vivent au centre de l'agglomération, c'est-à-dire dans le rayon d'attraction du cabaret, le deviennent dans une proportion beaucoup plus forte (60 °/₀); c'est au cabaret que se boivent les alcools d'industrie et c'est évidemment une des causes qui font que l'alcoolisme est plus fréquent dans son rayon ; mais il y en a une autre, c'est que l'imprégnation s'y fait d'une façon continue. Si le paysan ne fournit que 14 °/₀ de nos alcooliques, c'est surtout parce que ses excès sont intermittents (dimanches, foires, marchés) et que, grâce à la sobriété des jours ouvrables il a le temps d'éliminer le poison.

Pour moi, l'action exclusive des alcools d'industrie dans la production de l'alcoolisme en Vendée n'est pas démontrée. Les cas les plus graves que j'aie eu à soigner avaient

pour origine le vin blanc à hautes doses et l'eau-de-vie de fabrication locale.

M. TERRIEN. *L'alcoolisme en Vendée.* — Le Vendéen, qui est un buveur à des doses quotidiennes de 6 à 8 litres, est rarement un alcoolique ; exceptionnellement, il présente du délire ; cela tient à ce qu'il ne boit que du vin blanc de pays. Les quatre délirants alcooliques que j'ai rencontrés en dix ans, étaient des buveurs de mauvais alcools.

M. TERRIEN. *Respiration de Cheyne-Stokes.* — Un homme de soixante-dix-sept ans qui a eu de nombreux accès d'angine de poitrine et qui est atteint depuis plusieurs années de la maladie de Parkinson, présente un type respiratoire caractérisé par des pauses de vingt à trente-cinq secondes et des phases dyspnéides de quarante à cinquante secondes. Je me demande si ce phénomène est dû aux lésions cardiaques qui ont déjà produit l'angor pectoris ou à la maladie de Parkinson.

M. le Dr Henry MEIGE

Dystrophie œdémateuse héréditaire

L'histoire suivante a pour objet d'attirer l'attention sur une variété d'œdème, observée chez plusieurs membres d'une même famille et pendant plusieurs générations. De nouveaux faits, venant s'ajouter aux rarissimes exemples de ce genre, permettront peut-être d'éclairer la nature et la pathogénie d'une série d'affections œdémateuses, encore mal définies.

Une jeune fille de dix-sept ans, Fel..., domestique, entra, vers la fin du mois de juin 1898, dans le service de M. Brissaud, à

l'hôpital Saint-Antoine. Elle se disait atteinte d'une « phlébite » du membre inférieur droit. Ce dernier, en effet, depuis la racine de la cuisse jusqu'à la naissance des orteils, paraissait envahi par une enflure volumineuse simulant assez bien. par son aspect extérieur, la phlegmatia alba dolens. Mais cet œdème était *indolore*, et, qui plus est, *il n'avait jamais été douloureux*. La peau. blanche, très épaissie, lisse, luisante, sans excoriations, sans fissures ni marbrures, se laissait difficilement pincer entre les doigts et glissait mal sur les parties profondes ; il fallait une pression énergique pour y imprimer un godet. Enfin, cette prétendue « phlébite » datait déjà de cinq années.

C'est vers l'âge de treize ans, raconta la malade, au moment de la formation, que l'enflure a débuté par les pieds et les chevilles ; puis, peu à peu, elle a gagné la jambe et s'est arrêtée au genou. Jamais elle n'a été douloureuse, ne causant d'autre gène qu'une certaine lourdeur du membre, et le léger ennui de porter un bas et une chaussure fort larges. Cependant, depuis deux mois environ, la cuisse grossit à son tour, et, sans cesser d'être indolores, les mouvements sont un peu plus malaisés.

Actuellement, le membre entier est comme noyé dans une sorte de gangue œdémateuse. Tous ses contours sont défigurés, et cette déformation est rendue plus frappante encore par la comparaison avec la jambe saine, qui conserve un irréprochable modelé (fig. 1 et 2).

Une différence d'au moins *dix centimètres* dans toutes les mesures circonférencielles, permet d'apprécier l'augmentation de volume du membre œdématié.

La tuméfaction est proportionnellement plus considérable au niveau du cou de pied, où elle forme un bourrelet d'apparence éléphantiasique ; là aussi, l'œdème est moins dur, plus aisément dépressible sous le doigt.

La station verticale accroît sensiblement son volume, et aussi sa mollesse ; cependant, l'enflure ne disparaît pas par le décubitus prolongé.

Le tronc, les bras, la face sont entièrement respectés. Par ailleurs, aucune lésion viscérale : cœur, reins, poumons sont en parfait état, ainsi que les organes du petit bassin ; il en est de même du corps thyroïde. Dans le passé, pas de rhumatisme, pas de maladie grave à signaler.

Bref, nulle affection ancienne ou récente à laquelle on puisse rattacher cet œdème singulier.

Ainsi, tout le mal se réduit à cette vaste *enflure, blanche, dure*

et *indolore*, qui occupe le membre inférieur droit, et celui-ci seulement.

Un détail à signaler qui peut n'être pas superflu : sur toute la moitié droite du corps, tête, bras, tronc et cuisse, il existe une hypoesthésie nettement accentuée, et qui s'arrête suivant la ligne médiane. Sur la jambe et le pied œdématiés, l'anesthésie est complète, se terminant « en botte » au niveau du genou. De même côté, l'ouïe est affaiblie. Enfin, le réflexe pharyngien n'existe pas.

De tels indices, on le prévoit, conduisent à mettre l'hystérie en cause ; ce sont d'ailleurs les seuls stigmates existants (pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie ; aucune crise convulsive ni aucun équivalent). Néanmoins, l'hypothèse d'un œdème hystérique vient aussitôt à l'esprit.

N'est-ce pas là l'œdème dont parle Sydenham, l'*œdème blanc* « qui peut attaquer toutes les parties du corps », y déterminant « une enflure dont celle des jambes est la plus remarquable », telle que « quand on la presse avec le doigt, il ne reste aucune marque » et qui « le plus souvent n'est qu'à une des jambes...? »

Tel fut en effet le premier diagnostic. Et, bien qu'à vrai dire, les observations de cet œdème blanc hystérique paraissent aujourd'hui fort rares à côté des cas d'œdème bleu, leur existence n'est ni contestée ni contestable. La jeune Fel... pouvait être atteinte de l'affection décrite par Sydenham.

De nouveaux renseignements, tirés de l'interrogatoire, devaient cependant faire ajouter quelques réserves à ce diagnostic et permettre d'entrevoir une étiologie inattendue.

* * *

La malade en question a une sœur et cette sœur est atteinte d'une affection de même allure et de même apparence, mais qui occupe les deux membres inférieurs.

Chez cette dernière, Arm..., âgée de vingt et un ans, l'enflure a débuté également vers l'âge de treize ans, au moment de la formation, se cantonnant d'abord au niveau des chevilles, pour envahir plus tard les jambes, les genoux, les cuisses ; et cela, *aux deux membres simultanément*.

Aujourd'hui, l'œdème est considérable : pieds, jambes et cuisses sont déformés à l'extrême, tuméfiés, boursouflés, d'aspect éléphantiasique (fig. 1 et 2). Ici encore, l'œdème est *blanc*, *dur* et *indolore*, gardant difficilement l'empreinte du doigt. Il cède un peu sous une pression prolongée, et depuis longtemps,

la jeune fille a coutume d'enrouler des bandes autour de ses jambes pour faciliter sa marche. D'ailleurs, elle ne souffre pas.

L'enflure ne disparaît jamais complètement. Elle augmente au moment des règles. Dans les périodes intercalaires, même après plusieurs jours de repos au lit, les mesures circonférencielles des deux membres inférieurs excèdent d'au moins 10 centimètres celles d'un membre normal.

La jambe droite est d'ailleurs plus grosse que la gauche.

MESURES DE CIRCONFÉRENCE des MEMBRES INFÉRIEURS	ARM... 21 ans		FEL... 17 ans	
	droite	gauche	droite	gauche
	cm.	cm.	cm.	cm.
Au niveau des malléoles	29	28	32	23
— de la jambe (p. moy.)	42	39	42	31
— du genou	43	38	44	32
— de la cuisse (p. moy.)	52	48	55	45

Ainsi, chez Arm... les *deux membres inférieurs* sont envahis par ce même *œdème blanc*, *dur* et *indolore* que Fel..., sa sœur, présente au seul membre inférieur droit.

Les *deux membres* sont atteints : voilà une première différence. Il en est d'autres encore, importantes à relever.

D'abord, *la sensibilité est conservée chez Arm...* intégralement, sur tout le corps, des deux côtés, de haut en bas. Et il n'y a *aucun stigmate d'hystérie.*

En second lieu, bien que ni l'anamnèse ni l'examen clinique n'aient révélé l'existence d'affections anciennes ou présentes (le cœur et les reins fonctionnent normalement, pas d'albumine dans les urines, les organes abdominaux et pelviens sont en excellent état), cependant, pour Arm... l'enflure n'a pas toujours été aussi bénigne que pour Fel...

A cinq reprises différentes sont survenues des poussées aiguës et *douloureuses*, accompagnées de *rougeur* des téguments et d'un excès de tuméfaction. Les mouvements, la pression exaspéraient les douleurs, qui occupaient à fleur de peau toute la périphérie

du membre, si vives que la malade ne pouvait supporter le contact d'un drap.

La première fois, il y a sept ans, en 1891, Arm... fut soignée à l'hôpital Saint-Louis pour une « phlébite ». (?)

Depuis lors, quatre nouvelles poussées analogues se sont produites, obligeant Arm... à s'aliter. Chaque fois, elle se rendait dans sa famille, s'y reposait environ un mois, puis, la phase aiguë terminée, douleur et rougeur ayant disparu, elle reprenait son travail. Mais l'œdème blanc, dur et indolore, persistait toujours comme devant.

On le voit, malgré des ressemblances frappantes entre les affections des deux sœurs, ces derniers renseignements sont déjà de nature à modifier l'orientation du diagnostic. Car l'aînée n'a pas de stigmates hystériques et son œdème, à cinq reprises, est devenu rouge et douloureux. A-t-elle eu réellement, outre une affection œdémateuse chronique, indolore, et encore indéterminée, des poussées de phlébite ou de lymphangite à répétition ? Ou bien, œdème chronique et accidents aigus représentent-ils les phases alternantes d'une seule et même maladie ?

Ne faut-il pas songer à l'éléphantiasis, quelque douteux qu'en soient les exemples dans nos pays, mais dont cependant certaines formes autochtones ont été signalées, s'accompagnant justement de poussées aiguës, fébriles et douloureuses ?

Laissant de côté la question diagnostique, on voudra bien toutefois retenir que l'apparition de l'œdème indolore a précédé de longtemps la première manifestation aiguë.

D'ailleurs, de nouveaux commémoratifs vont modifier encore toutes les présomptions. En effet, Arm... et Fel... ne sont pas, dans leur famille, les seules personnes qui soient atteintes de cette affection.

Leur mère, âgée de quarante ans, a, elle aussi, de « grosses jambes », suivant le terme par elle usité. Et c'est la même enflure, ayant débuté au même âge et de la même façon : œdème blanc, dur et indolore, qui, chez elle, occupe les deux jambes, *mais les deux jambes seulement*, jusqu'au genou, car les cuisses sont et ont toujours été indemnes (fig. 3). Et ici encore, aucune cause plausible à invoquer dans les antécédents. Cette mère est une villageoise de la Brie, n'ayant jamais fait de maladie grave, d'excellente santé actuellement, active et travailleuse, depuis longtemps résignée à une infirmité dont elle n'a d'ailleurs jamais souffert, et qui lui cause seulement une gêne très légère pour vaquer à ses occupations.

Ce n'est pas tout. Arm... et Fel... ont un frère, jeune garçon de treize ans, chez qui, depuis quelques mois, apparaissent les premiers symptômes de la même maladie. Le pied, le cou de pied et la moitié inférieure de la jambe du côté droit sont le siège d'une enflure qui va croissant (fig. 4), et qui présente encore les mêmes caractères, à cela près que les téguments ne sont pas décolorés. Mais la mère, qui dit s'y connaître, prévoit qu'avant peu, les jambes de son fils seront comme celles de ses filles ou les siennes.

Voilà déjà quatre membres de la même famille, — la mère, deux filles et un fils, — frappés, à des degrés divers, de la même affection œdémateuse localisée aux membres inférieurs. Or, là ne s'arrête pas cette infirmité familiale.

D'abord, parmi les collatéraux, deux oncles d'Arm... et de Fel... — deux frères de leur mère — ont été, l'un et l'autre, affligés de « grosses jambes ».

L'un, *œdématié des deux membres inférieurs* (pieds, jambes et cuisses), mourut brusquement à l'âge de vingt-cinq ans.

L'autre, mort, à peu près au même âge, n'avait d'enflure *qu'aux jambes ;* les cuisses, comme chez sa sœur, étaient respectées.

Enfin, en remontant plus haut dans la généalogie maternelle, deux ancêtres viennent s'ajouter à cette série de porteurs de « grosses jambes ».

La grand'mère des jeunes filles a les *deux jambes* tuméfiées de la même façon que leur mère : et l'œdème, toujours dur et indolore, s'arrête aux genoux. Malgré ses soixante ans et une infirmité qui dure depuis près d'un demi-siècle, cette aïeule, actuellement, s'occupe allégrement des soins de son ménage et n'a d'autre désagrément que la nécessité de porter des bas et des chaussures un peu larges. Elle-même certifie, — et sa fille confirme le fait, — qu'elle a reçu « ses grosses jambes » en héritage de son propre père, l'arrière grand-père d'Arm... et de Fel..., qui vécut fort âgé et en bonne santé.

Qui sait si cet ancêtre, venu au monde peu de temps après la fin du siècle dernier, ne tenait pas lui-même ses « grosses jambes » d'un héritage pathologique plus reculé encore ?...

Mais là prennent fin les commémoratifs.

* * *

Ainsi : *huit personnes de la même famille, échelonnées sur quatre générations, hommes ou femmes, dont cinq actuellement vivants, sont*

atteints de la même affection singulière : un œdème chronique, blanc, dur, indolore (sauf le cas de Arm...), *apparaissant à l'âge de la puberté, occupant tantôt les pieds et les jambes, tantôt la totalité des membres inférieurs, et généralement des deux côtés* (Fel... exceptée).

Cet œdème ne paraît être sous la dépendance ni d'un désordre viscéral. ni d'un traumatisme. ni d'une compression. Il ne semble lié à aucune infection, intoxication, dyscrasie ou cachexie. Et si l'on songe aux œdèmes d'origine nerveuse, rien n'autorise à lui trouver une origine dans l'une quelconque des affections organiques du névraxe où des accidents de même apparence ont été signalés. Une seule fois, l'hystérie pourrait être mise en cause ; mais, dans les sept autres cas, la grande névrose, non plus que la neurasthénie, ne sauraient être incriminées.

Reste le groupe, passablement hétérogène, des œdèmes dits *névropathiques* (œdèmes vaso-moteurs, angioneurotiques, œdèmes intermittents, circonscrits, « pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique » de Mathieu, œdème « segmentaire » de Debove, etc...). Mais, parmi tous ces œdèmes diversement étiquetés, il n'est jamais question d'hérédité similaire.

Desnos, cependant, en 1891, attira l'attention sur un *œdème rhumatismal chronique pseudo-éléphantiasique*, œdème dur. donnant au toucher la sensation du lipome ou du myxœdème, la peau conservant sa coloration normale. Cette affection, fit-il observer, plus fréquente chez les femmes, *se retrouve dans l'hérédité*, ordinairement suivant la ligne maternelle ; elle est liée à l'arthritisme et à la névropathie. Dès lors, on put présager l'existence d'un *œdème héréditaire.*

Deux ans plus tard, une très curieuse observation de Milroyc vint confirmer l'authenticité du fait. Sur 97 individus d'une même famille, échelonnés sur six générations, 22 étaient atteints d'une affection œdémateuse qui présentait les caractères suivants : 1° d'être congénitale et de se développer lentement avec l'âge ; 2° de rester limitée aux membres inférieurs, tantôt unilatérale, tantôt des deux côtés ; 3° d'être permanente ; 4° enfin, de ne s'accompagner d'aucun trouble local ni général.

En ajoutant à ce cas mémorable plusieurs autres faits (1), moins saisissants peut-être, mais où se retrouve la notion de

(1) L'examen des principaux cas d'œdème névropathique publiés dans ces dernières années, ainsi que les différents détails bibliographiques, ont été à dessein supprimés de cet article.

l'hérédité, on est donc autorisé à admettre qu'il existe *une affection œdémateuse, héréditaire et familiale, capable d'envahir progressivement de bas en haut les membres inférieurs, tantôt un seul, tantôt les deux à la fois, s'arrêtant au genou ou à la racine de la cuisse, affection indolore, apyrétique, chronique et permanente, qui n'entraîne aucun trouble de la santé générale et peut même persister jusqu'à un âge avancé.*

Et tel est le diagnostic qu'il conviendrait d'adopter pour les 8 malades dont on a lu plus haut l'histoire.

* * *

Il resterait encore à discuter la nature et la pathogénie de cette singulière affection.

Sans entrer ici dans de longs développements, il faut faire observer que des liens de parenté clinique très étroits semblent la rattacher à certains œdèmes déjà qualifiés de névropathiques. A vrai dire, la cause intime d'un pareil accident ne peut être que soupçonnée : lésion du système sympathique ou des centres médullaires qui président à la vaso-motricité des membres inférieurs. Cette dernière hypothèse n'est d'ailleurs pas incompatible avec la répartition segmentaire de l'œdème. La théorie des divisions métamériques de la moelle, récemment défendue par M. Brissaud, avec des arguments difficilement contestables, trouverait ici une application nouvelle.

Mais l'on reconnaîtra volontiers que cette affection œdémateuse peut être considérée comme un *accident dystrophique de l'évolution*. Si elle ne se manifeste pas immédiatement après la naissance, elle apparaît cependant, avec ponctualité, à une période précise de la croissance, au moment de la puberté. Et, de ce fait, elle mériterait de prendre place dans la catégorie des troubles du développement.

Car la série des anomalies évolutives semble infinie, qu'elles portent sur la totalité du corps humain, sur une ou plusieurs de ses parties, ou sur un seul de ses appareils. De même que le système osseux ou le musculaire, le système vasculo-conjonctif est capable de dystrophie. Et la cause intime de toutes ces anomalies réside, apparemment, dans une altération congénitale des centres trophiques chargés d'assurer le développement régulier de nos différents organes.

Aussi bien, sans vouloir faire rentrer l'affection en question dans le cadre trop élastique des *monstruosités*, est-il du moins permis de la considérer comme une anomalie du système vas-

culo-conjonctif des membres inférieurs, — conséquence d'une altération congénitale des centres trophiques qui président au développement de ce système, — ou, si l'on préfère, comme une variété de trophonévrose à laquelle conviendrait assez bien le nom de *trophœdème.*

Quant au caractère familial de ces accidents, il s'accorde pleinement avec cette manière de voir. L'hérédité des anomalies de développement n'est elle pas de notoriété courante ?...

Par ces remarques se justifiera peut-être la dénomination de *dystrophie œdémateuse héréditaire* qui figure en tête de cet article, et dont le terme de *trophœdème héréditaire* ne serait qu'une abréviation synonyme.

M. le Dr H. MEIGE. *Traitement de tics.* — Il s'agit d'une vieille fille de quarante-trois ans, sans grande hérédité, d'un faible développement intellectuel, qui présentait, depuis l'âge de dix-huit ans, des troubles spasmodiques rythmiques multiples, continus, avec paroxysmes extrêmement violents, tantôt localisés, tantôt le plus souvent généralisés : sauts, contorsions des membres, grimaces de la face, spasmes laryngés, cris, aboiements, secousses de tête, chorée saltatoire, etc., qui avaient fini par amener la malade à se confiner dans un placard pour limiter ses mouvements et étouffer ses cris. Cet état était absolument continu, et, dans les moments d'accalmie, il subsistait, quand même, un état spasmodique généralisé des muscles. Maints traitements avaient été essayés sans succès. Par l'isolement, l'hydrothérapie chaude, et surtout par une gymnastique musculaire spéciale, les crises cessèrent au bout d'un mois. Puis la malade recouvra toute sa sensibilité interne, retour qui amena, comme l'auteur l'a démontré, la régression de la personnalité jusqu'à l'âge du début de la maladie. Au bout de cinq mois, la malade était en état de quitter le sanatorium et de se livrer à toutes les occupations de la vie journalière, et, depuis son retour dans sa famille, les accidents n'ont pas reparu.

En dehors de la longue durée de la maladie, cette obser-

vation est intéressante en ce qu'elle montre que la guérison est toujours possible, et d'autre part, quelle importance ont certaines manœuvres gymnastiques dans le traitement des névroses.

M. le Dr Paul SOLLIER (de Boulogne-sur-Seine)

Les centres corticaux des viscères

Si un assez grand nombre de centres moteurs et sensoriels sont actuellement bien déterminés dans l'écorce cérébrale, il n'en est pas de même des centres qui président aux fonctions viscérales ou qui en reçoivent des impressions. Tout porte à admettre cependant l'existence, pour les viscères, de centres fonctionnels corticaux analogues à ceux que nous connaissons déjà, point de départ et aboutissant des fibres de projection de nerfs de ces organes. L'influence de certains états psychiques et de la volonté sur certains viscères comme l'estomac et l'intestin, l'influence de la suggestion sur des fonctions organiques qui paraissent échapper à tout contrôle de la conscience, à toute action de la volonté, suffisent à démontrer l'existence de ces centres. Il reste à en déterminer le siège, et jusqu'ici rien n'a été fait.

J'ai exposé dans mon ouvrage sur la *genèse et la nature de l'Hystérie*, paru l'an dernier, les recherches que j'ai poursuivies sur ce sujet et les résultats auxquels je suis arrivé. Depuis lors personne n'a contredit, ni d'ailleurs repris, à ma connaissance, ces recherches. Je les ai continuées, en m'entourant des plus grandes précautions contre toute auto-suggestion, et les résultats nouveaux que j'ai obtenus n'ont fait que confirmer les précédents, principalement en ce qui regarde deux organes : le cœur et l'estomac, dont je veux seuls parler aujourd'hui.

Permettez-moi de vous rappeler brièvement sur quelles observations cliniques je m'étais basé, et par quelle

méthode j'avais déterminé physiologiquement — en attendant la confirmation anatomique — les centres corticaux d'un assez grand nombre de viscères.

On sait que les organes frappés d'anesthésie dans l'hystérie cessent de fonctionner au prorata de cette anesthésie, et que d'autre part l'anesthésie viscérale s'accompagne d'une anesthésie cutanée correspondante. Cette anesthésie viscérale et cutanée présente souvent un point douloureux, en rapport avec le degré de l'insensibilité, et qui a un siège assez bien déterminé pour chaque viscère. Le point douloureux disparaît d'abord, puis l'anesthésie cutanée, puis l'anesthésie profonde, lorsque le viscère recouvre ses fonctions. Ces altérations de la sensibilité sont souvent masquées quand l'anesthésie est généralisée, comme dans les cas d'hystérie grave. Mais lorsque la convalescence s'opère, il devient au contraire facile en général d'observer les variations parallèles de l'état de la sensibilité et du fonctionnement organique.

J'ai démontré d'autre part que le cerveau devait être sous ce rapport considéré comme tous les autres viscères et que lorsqu'il recouvrait sa sensibilité propre l'anesthésie crânienne disparaissait. Or, lorsque l'on restaure par un procédé quelconque la sensibilité des membres et des viscères on constate que l'anesthésie du crâne disparaît, ainsi que les points douloureux qu'on y observe si fréquemment et qui sont si nombreux. Il apparaît donc un rapport très net entre le retour du fonctionnement et de la sensibilité des membres et des viscères avec le retour de la sensibilité crânienne et cérébrale. Ce rapport devient plus évident encore si j'ajoute que l'on voit reparaître la sensibilité crânienne dans des régions superposées aux centres cérébraux connus, lorsqu'on a restauré la sensibilité des organes correspondant à ces centres. C'est ce qui a lieu par exemple pour les centres moteurs. Inversement, on voit apparaître l'anesthésie crânienne dans ces mêmes régions lorsque les organes s'anesthésient eux-mêmes et cessent de fonctionner. De plus on constate alors aussi, comme pour l'anesthésie, au niveau des parties périphériques atteintes, des points douloureux, qui sont les derniers

à apparaître et les premiers à disparaître. Des expériences d'anesthésie provoquée et de restauration de la sensibilité sur des régions localisées du corps, dont les centres corticaux sont bien déterminés, chez des hystériques guéris, ayant recouvré toute leur sensibilité, m'ont amené à reconnaître qu'à toute anesthésie profonde ou hyperesthésie périphérique correspond un point douloureux siégeant au milieu d'une plaque d'anesthésie, au niveau du crâne, et dans un point déterminé correspondant au centre fonctionnel cérébral sous-jacent.

Ce fait, confirmé par plusieurs expériences pour les centres moteurs, permet de conclure que l'apparition de points douloureux et d'anesthésie au niveau du crâne lorsqu'on constate des points douloureux et de l'anesthésie de certains viscères, correspond aussi à la région de l'écorce sous-jacente à ce point douloureux, et préposée aux fonctions de ces viscères. Cette conclusion prend une valeur beaucoup plus grande si j'ajoute que c'est précisément dans les régions du cerveau encore vierge de localisations que j'ai pu mettre en évidence ces différents centres fonctionnels des viscères.

Les centres fonctionnels que j'ai pu déterminer ainsi par cette méthode, que j'appelle méthode des points douloureux, sont ceux du larynx, de l'appareil pulmonaire, des organes génitaux, du cœur, de l'estomac, de la vessie et des intestins.

On peut les mettre en évidence de deux façons, expérimentalement ou cliniquement.

Expérimentalement, il faut agir sur des hystériques guéris, dont la sensibilité soit redevenue absolument normale. Après s'être bien assuré de l'état de cette sensibilité, principalement en ce qui concerne l'organe sur lequel on veut expérimenter et avoir reconnu que la sensibilité du crâne est également absolument normale dans toute son étendue, on provoque par suggestion l'anesthésie du viscère à examiner. Il est de toute nécessité, bien entendu, que le sujet ignore absolument la nature de l'expérience qu'on va tenter. Lorsque l'anesthésie organique est obtenue et bien constatée, on explore de nouveau la tête sans pré-

venir le sujet. Mais à un point donné il sursaute et se plaint qu'on lui fait mal. Il suffit alors de noter le point exact du crâne où siège ce point douloureux pour en établir la topographie sur le cerveau lui-même ensuite. On procède à la restauration de la sensibilité du viscère et l'on réveille le sujet. On constate alors que le point douloureux et l'anesthésie du crâne ont disparu.

En procédant ainsi sur différents sujets, pris isolément, et sur les différents viscères, on arrive à établir la topographie des centres corticaux des viscères, d'une façon expérimentale et physiologique.

Mais la clinique peut nous fournir de véritables expériences. Il faut, bien entendu, laisser de côté les cas complexes, où il existe de nombreux stigmates, de nombreux troubles fonctionnels, où les anesthésies et les points douloureux sont étendus et nombreux. Il faut s'adresser à des symptômes isolés, soit qu'on assiste à des phénomènes de début de l'hystérie, soit qu'au cours de la convalescence certains phénomènes persistent seuls ou reparaissent.

L'hystérie monosymptomatique est rare, ou du moins il est rarement donné de l'observer. Ce qui est plus fréquent c'est d'observer un phénomène très prononcé, accompagné d'autres troubles encore très légers et mobiles, ou d'observer le parallélisme entre la réapparition de certains troubles fonctionnels avec les points douloureux du crâne.

A cet égard, j'ai pu relever un certain nombre de faits nouveaux assez démonstratifs en ce qui concerne les centres corticaux de l'estomac et du cœur. Mes premières recherches m'ont conduit à localiser le centre fonctionnel de l'estomac dans les deux lobes pariétaux supérieurs, surtout à gauche, sur le prolongement de la branche postérieure de la scissure de Sylvius.

Les faits nouveaux que j'ai observés confirment ce siège.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de quatorze ans, ayant eu de grandes crises hystériques aujourd'hui disparues et ne présentant plus que de l'anorexie. Le goût est aboli, la déglutition est difficile ; il y a de l'anesthésie pharyngée et épigrastique très nette. Pas d'autres anes-

thésies. En même temps elle m'indique elle-même un point particulièrement douloureux à gauche de la tête dans la région pariétale, dans le siège que je viens d'indiquer. Au bout de peu de temps l'anesthésie épigastrique disparaît et en même temps le point céphalique.

Une autre jeune fille de vingt ans est prise brusquement d'anorexie à la suite de l'émotion qu'elle eut de croire avoir avalé un os. Elle a de l'hyperesthésie douloureuse de la région épigastrique gauche et de l'anesthésie du creux épigastrique. En même temps, elle a deux points douloureux, un à la colonne vertébrale et le second au niveau du lobe pariétal. Tout disparut avec le retour de l'appétit. Mais au cours de la courbature il y eut sous l'influence de quelques émotions un léger retour offensif de l'anesthésie gastrique avec perte de l'appétit. Aussitôt le point céphalique pariétal reparut. Comme il n'existait aucun autre phénomène nerveux, aucune autre anesthésie ou hyperesthésie, on est bien forcé d'admettre le rapport existant entre le trouble périphérique et la douleur centrale.

J'ai observé encore une fois le même phénomène chez une grande hystérique, ayant eu, parmi ses symptômes prédominants, de l'anoréxie qui fut la plus longue à disparaître. Comme elle avait de nombreux accidents, qu'elle avait de l'anesthésie presque généralisée avec de nombreux points douloureux, les points du crâne ne pouvaient avoir grande utilité pour étudier le point qui nous intéresse. Mais ayant restauré la sensibilité de cette malade dont la personnalité rétrograde de vingt cinq ans en arrière sous cette influence puis revient à son état normal, j'eus l'occasion d'observer l'apparition du même point douloureux pariétal quand, toute la sensibilité étant revenue sur le corps, et le crâne étant parfaitement sensible dans toute son étendue, je constatai que l'anesthésie gastrique qui était la plus tenace, la plus profonde, n'avait pas encore complètement cédé. Lorsque je parvins à restaurer à son retour la sensibilité de l'estomac, le point céphalique disparut. Il y a dans ces faits à la fois une expérience et une contre-expérience qui sont très démonstratives.

Pour le cœur j'en avais établi le centre au vertex, sur la

ligne médiane, dans un point situé au-dessus du centre de l'estomac, et par conséquent sur le bord supérieur du lobe pariétal. Occupe-t-il les deux lobes ou seulement le lobe gauche? c'est ce que je ne saurais dire, sa situation médiane permettant les deux hypothèses. Quoi qu'il en soit j'ai pu observer des faits nouveaux qui m'ont confirmé ce siège.

Dans un cas il s'agissait d'un jeune garçon de dix-neuf ans, abasique, anoréxique, ayant des crises délirantes, des anesthésies nombreuses et des stigmates très marqués, le tout ayant été en s'aggravant depuis l'âge de sept ans. Je restaurai sa sensibilité dans ses divers modes, comme je fais en pareil cas et tout paraissait aller très bien, l'anesthésie avait disparu, l'appétit était excellent, la tête n'était plus douloureuse, le sommeil était bon, quand il se plaignit d'une douleur assez vive au cœur, avec sensation d'étouffement et douleur irradiée vers l'épaule. Il ne faisait pas de doute qu'il s'agissait d'une ébauche de pseudo-angine de poitrine. En l'examinant je constatai une hyperesthésie douloureuse à la pression de la région cardiaque, et en même temps en explorant le crâne je tombai sur un point très douloureux au vertex. La pression sur ce point augmentait la douleur angoissante du cœur. Quelques manœuvres sur lesquelles je n'ai pas à insister ici firent assez vite disparaître cette pseudo-angine de poitrine et simultanément le point que je considère comme indiquant le centre cortical du cœur disparut.

Mêmes phénomènes se produisirent chez une jeune fille de vingt et un ans, n'ayant guère d'autres manifestations névropathiques que des angoisses avec sensation de constriction du cœur et gêne respiratoire, avec quelques stigmates oculaires d'hystérie. Quand elle était prise de ces accès cardiaques, outre la douleur à la pression de la région cardiaque, il y avait un point douloureux au vertex parfaitement net, apparaissant et disparaissant parallèlement au trouble cardiaque.

Chez une jeune fille de dix-sept ans, anorexique au dernier degré avec vomissements, et aujourd'hui guérie, j'observai les deux points de l'estomac et du cœur. Mais

comme leur voisinage et leur pression pouvaient prêter à erreur, je préférai attendre ce qui se passerait avec la guérison. Tout disparut en même temps. J'aurais donc été peu renseigné, si, pendant la convalescence, cette jeune fille, à la suite d'une émotion assez forte, n'avait reperdu un peu de sensibilité à la douleur seulement, mais non dans ses autres modes. Elle se plaignait alors d'un point douloureux à la tête au vertex. Sans lui rien dire j'explore le reste du corps, pour rechercher s'il n'y existe pas quelque point douloureux correspondant, et dans cette exploration je tombe sur un seul point dans le troisième espace intercostal gauche, à la base du cœur par conséquent.

De semblables faits me semblent très démonstratifs. Ils ne permettent pas assurément d'affirmer l'existence absolue des centres corticaux des fonctions gastrique et cardiaque dans ces points. Mais ils établissent de fortes présomptions en faveur de cette hypothèse. Les données anatomo-pathologiques seules peuvent apporter cette preuve, cela est évident. Il est non moins certain que ce ne pourra pas être chez les hystériques, dont les troubles sont uniquement fonctionnels, qu'on peut s'attendre à la trouver. Mais ces faits n'auraient-ils d'autre utilité que de guider les recherches tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique, qu'ils auraient encore une importance assez grande pour mériter qu'on s'y arrête. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la physiologie et la clinique devancent toujours l'anatomie pathologique, qui n'est en quelque sorte qu'un moyen de contrôle, précieux sans doute, mais non indispensable.

M. le Dr Paul SOLLIER (de Boulogne-sur-Seine)

Chorée saltatoire hystérique continue, avec attaques de spasmes multiples, datant de vingt-cinq ans chez une femme de quarante-trois ans, et guérie en cinq mois.

Si les spasmes rythmiques hystériques sous leurs diverses formes sont très connus aujourd'hui, ils sont néanmoins assez rares, et cette rareté devient une véritable exception quand d'une part la durée de ces accidents atteint vingt-cinq années presque sans rémission, et d'autre part quand au lieu de survenir par crises plus ou moins fréquentes, plus ou moins prolongées, ils affectent une forme plus ou moins continue, ne présentant de modification que dans leur intensité et leur généralisation. L'observation que je rapporte ici d'un semblable cas aurait déjà par elle même un certain intérêt si le fait que j'ai pu, malgré son ancienneté et l'âge de la malade, en obtenir assez rapidement la guérison, par des moyens tout mécaniques en quelque sorte, par une sorte de gymnastique analogue à certaines manœuvres de la gymnastique suédoise, n'y ajoutait encore quelque valeur au point de vue thérapeutique.

Voici en quelques mots l'histoire de cette femme dont on trouvera plus loin le détail et les procédés thérapeutiques qui ont amené sa guérison.

C'est une vieille fille de quarante-trois ans, d'une intelligence un peu faible et qui a toujours été souffrante depuis son enfance. Sans cause appréciable elle fut prise à dix-huit ans de tremblement et de mouvements choréiformes pour lesquels elle subit divers traitements sans succès. Dès que ces accidents furent installés ils ne la quittèrent plus et ne firent qu'augmenter. A part une légère rémission obtenue il y a quelques années aux eaux de Néris son état ne fit qu'empirer. Au tremblement, succédèrent des attaques très violentes de spasmes généralisés,

de chorée saltatoire, et au bout de quelques années elle n'eut plus un instant de repos. En dehors des grandes crises gesticulaires elle ne pouvait rester en place : tics de la face, spasmes laryngés, secousses rhythmiques de la tête, des bras, sauts à pieds joints, sautillement continuel dans la station assise, aboiements, cris, contorsions du tronc, roulements à terre, etc., on ne saurait énumérer toutes les variétés de gesticulations et de spasmes dont elle présentait le tableau, et qui d'une façon paroxytique se généralisaient. La nuit même elle n'avait que peu de repos et elle restait dans un état de tension musculaire continuelle. Enfin, depuis un an, les choses s'étaient aggravées au point qu'on lui faisait souvent des piqûres de morphine pour calmer ses douleurs du ventre, d'où semblait partir l'aura au début des paroxysmes, et qu'elle éprouvait d'ailleurs toujours plus ou moins fortes. Elle ne pouvait rester ni assise, ni debout. Un jour sur deux elle pouvait arriver, aidée par sa sœur, à faire quelques pas au dehors, tout en dansant d'ailleurs. Enfin, depuis six mois la vie était intolérable pour elle et pour sa famille. Elle passait son temps à se rouler, à sauter, à se déchirer, à crier, et par suite du bruit qu'elle faisait en frappant avec les pieds ou les poings autour d'elle, et de ses cris inarticulés, elle en était arrivée à se calfeutrer dans un placard pour limiter ses mouvements et étouffer ses cris.

Telle était sa situation quand elle me fut amenée au sanatorium de Boulogne-sur-Seine. Tout essai de limitation, de coercition des gesticulations amenait à sa suite une crise plus violente. Il faut ajouter qu'elle avait perdu tout empire sur elle-même et ne faisait pas tout ce qu'elle aurait pu faire peut-être pour éviter des paroxysmes aussi violents. Je commençai par l'isoler de sa famille, puis entrepris de fixer son attention en la plaçant devant une glace pour la faire juge de ses mouvements en lui enjoignant de se retenir, et l'y aidant moi-même. Au bout de quelque temps j'obtins un peu d'accalmie, et surtout elle put très rapidement se tenir debout, puis marcher sans presque sautiller, et sans avoir de crise à la suite.

Toute ma thérapeutique, en dehors de l'hydrothérapie

sous forme de douches chaudes et du traitement psychique, consista alors en gymnastique musculaire. La tendance de la malade étant toujours de se mettre en flexion, je lui fis faire d'une façon forcée d'abord, puis volontairement ensuite, des mouvements d'extension générale de plus en plus accentés et étendus. Très rapidement alors l'agitation cessa et au bout d'un mois de traitement elle n'avait plus de crises et n'en eut plus que deux ou trois, très légères.

A cette agitation succéda une détente et les règles qui amenaient toujours une aggravation des accidents se passèrent sans qu'elle en eût, sans même qu'elle fût enragée pour aller faire ses promenades habituelles.

Mais bientôt à cette détente succéda elle-même une sorte de torpeur, de somnolence, qui m'amena à la réveiller, comme je l'ai indiqué dans mon ouvrage sur la genèse et la nature de l'hystérie. Ce réveil amena des réactions générales analogues à celles que j'ai indiquées en pareil cas tant du côté somatique, que du côté psychique, ces dernières n'étant pas d'ailleurs très développées vu la faible mentalité du sujet, mais assez nettes cependant pour qu'on pût suivre l'évolution de la répression de la personnalité jusqu'à l'âge du début de la maladie.

Quoique les crises eussent cessé dès le premier mois de traitement et que l'agitation, l'état spasmodique ne se soient plus montrés que d'une façon passagère et légère, je continuai le traitement pendant quatre autres mois, pendant lesquels la malade recouvra l'empire de sa volonté sur elle-même. Elle put arriver à faire des promenades de plusieurs heures, à aller en voiture, en tramway, en chemin de fer, en bateau, sans éprouver le moindre inconvénient. Elle put en un mot reprendre une vie normale chaque jour plus active et plus développée sans en éprouver ni fatigue, ni trouble nerveux. Elle partit dans sa famille au bout de cinq mois de traitement et supporta la route sans la moindre gêne. Depuis lors, malgré l'émotion de son retour, elle n'a présenté aucun accident et j'ai tout lieu de penser que sa guérison, rapidement obtenue, puis consolidée depuis plusieurs semaines comme elle l'était, se maintiendra bien.

Mlle Juliette D.... âgée de quarante-trois ans. Entrée le 1er février 1898 au sanatorium de Boulogne, sortie le 15 juillet 1898.

Son père est bien portant, très nerveux et migraineux ; sa mère est très nerveuse. Une de ses sœurs est bien portante et migraineuse ; une autre est très nerveuse. Ses deux grands-pères sont morts d'attaques d'apoplexie. Pendant sa grossesse, sa mère fit une forte chute à la suite de laquelle elle se sentit « toute bouleversée dans le ventre. »

La naissance eut lieu à terme, mais l'accouchement fut très pénible. La malade naquit asphyxiée avec des circulaires du cordon.

Dès son enfance elle fut toujours délicate, et elle ne put jamais rien apprendre. Quand elle lisait elle prononçait toujours le second mot avant le premier. Elle se forma vers l'âge de quatorze ans, et à cette époque elle était toujours fatiguée. Les règles venaient difficilement et irrégulièrement.

A dix-huit ans elle fut prise, sans cause apparente, de tremblement et de mouvements choréiformes, pour lesquels elle prit de l'assa fœtida, et que le médecin jugea comme devant durer très longtemps. Tout d'abord il n'y eut que des crises passagères. Mais au bout de quelques jours une véritable danse de Saint-Guy, une chorée saltatoire pour mieux dire, se déclara et s'installa. Malgré les douches elle ne fit qu'augmenter. On essaya alors sans succès du chloroforme, puis des bains sulfureux. Elle eut quelques années un peu moins pénibles, mais la chorée persistait toujours, et s'exagérait au moment des règles. Suivant que tel ou tel mouvement prédominait à leur apparition, pendant toute la période intercalaire, la même forme persistait. Un séjour au bord de la mer ne fit qu'aggraver les choses. La maladie resta stationnaire pendant quelques années. En 1889 elle augmenta encore et s'exagéra au point que pendant neuf mois elle resta à se rouler et à danser. Il y avait des jours où elle était incapable de se mettre sur un siège. Elle souffrait beaucoup du ventre, au niveau des fosses iliaques, que rien ne la soulageait, ni les vésicatoires, ni le drap mouillé. La danse ne faisait qu'augmenter. La strychnine qu'on essaya n'eut pas plus de succès. Elle alla faire trois saisons à Néris où elle obtint la première fois une certaine amélioration. Elle avait toujours de la chorée, mais n'avait plus de crises. Une seconde fois elle fut reprise tous les soirs à la même heure de la danse. Une troisième saison n'amena aucun soulagement. A partir de ce moment la vie devint impossible.

Elle avait sans cesse des crises où elle se roulait en criant, pelotonnée sur elle-même, secouant la tête, les membres d'une façon rythmique, déchirant tout ce qu'elle avait sur elle. Elle avait des douleurs très vives du dos et du ventre. Elle restait couchée, ne pouvant faire que quelques pas, et dans les six derniers mois avant son entrée, elle passait ses journées dans un placard pour étouffer le bruit de ses cris continuels, de ses aboiements, et limiter ses sauts. Elle semble avoir eu à ce moment de l'entérite pseudo-membraneuse. Pendant trois semaines, à la suite d'une forte crise, ella resta les jambes repliées et pelotonnée sur elle-même.

C'est alors qu'elle me fut adressée par le Dr Brissaud. Elle ne pouvait rester un seul instant en repos. Dès qu'elle était debout elle se mettait à sauter à pieds joints en tenant les bras pliés et ramenés sur la poitrine. et poussant des cris « han, han » continuels. Assise, elle soulève les pieds du sol, et saute sur le siège, en secouant la tête de droite à gauche ou en arrière, et agitant les bras, poussant toujours des aboiements. Dès qu'on cherche à arrêter les bras, les jambes se mettent à s'agiter plus violemment; il en est de même si on veut maintenir les jambes. C'est alors la tête et les bras qui s'agitent et les cris redoublent. Les mouvements ainsi provoqués ou spontanés sont toujours rythmiques. Elle ne peut prononcer que des phrases entrecoupées. Elle présente des spasmes de la gorge qui empêchent, par moments, aucun son de sortir. En même temps elle roule des yeux d'une façon égarée, contorsionne toute la figure.

Ce n'est que lorsqu'elle est couchée qu'elle a un peu de calme. Elle reste pelotonnée sur elle-même, dans un état de tension de tous les muscles, et continue à être agitée de tremblement spasmodique en même temps qu'elle profère des bruits laryngés plus ou moins rauques. Si on cherche à arrêter ses mouvements elle a des crises violentes, elle se roule à terre en poussant des cris stridents, agitée de grands mouvements extrêmement violents; arrache ses effets, surtout ceux du tronc; le cou se gonfle, les yeux deviennent fixes et saillants, injectés; elle profère des sons inarticulés quand elle veut parler et ne peut que prononcer quelques mots entrecoupés. Ces crises durent plusieurs heures, mais ne se terminent par aucune détente. Elles ne constituent qu'un paroxysme de son état habituel, et se renouvellent plusieurs fois par jour.

Elle ne perd pas positivement conscience dans ces crises, mais elle est cependant comme affolée, égarée, et incapable de prendre

garde à quoi que ce soit autour d'elle. Une fois la crise déchaînée, elle est hors d'état de maîtriser ses mouvements, alors qu'en temps ordinaire, elle peut, dans une certaine mesure, les limiter.

Ces crises sont spontanées ou provoquées tantôt par la moindre émotion, une surprise insignifiante par exemple, ou l'attouchement de certains points douloureux, soit dans le dos, soit dans les fosses iliaques, ou par des essais d'immobilisation.

Le sommeil est presque nul ; l'appétit est très capricieux. Néanmoins l'état général n'est pas mauvais et les fonctions générales s'accomplissent assez bien.

Il existe une hyperesthésie générale, qui paraît plutôt profonde et musculaire que cutanée. Certains points sont particulièrement douloureux à la pression : les fosses iliaques, la région sus-pubienne, la nuque, le sommet de la tête. Il est d'ailleurs presque impossible de pratiquer un examen sérieux de la sensibilité et des sens spéciaux, en raison de l'impossibilité où l'on est d'obtenir un seul moment de repos. Il semble d'ailleurs que la malade exagère tous les phénomènes dès qu'on s'occupe d'elle, et qu'elle ait une certaine vanité pathologique à paraître une manière de phénomène, habituée qu'elle est à exciter la curiosité dans son pays.

Lorsqu'on est arrivé par des injonctions répétées, et en maintenant au besoin les bras ou les jambes, à obtenir pendant quelques instants un peu de calme partiel, les mouvements reparaissent plus violents ensuite, et il est évident qu'elle s'y laisse aller, convaincue qu'elle est que cela « doit arriver ».

Les premiers jours je lui fis exécuter au commandement certains mouvements simples, en la plaçant devant une glace pour fixer mieux son attention. Puis j'obtins par le même moyen un peu d'immobilité soit d'un membre, soit de la face. Je lui fis exécuter en même temps certains mouvements passifs.

Mais les résultats ainsi obtenus étaient très faibles et peu durables, et il n'y avait pas de jour qu'elle n'eût une crise plus ou moins longue et forte. Le 19 février, une crise semblable s'étant développée à la suite de quelques exercices de gymnastique suédoise, je lui fis immobiliser complètement les jambes, les bras et la tête jusqu'à ce qu'elle cessât. Au bout de trois quarts d'heure environ elle se calma et se coucha. Toute la journée elle sentit des tiraillements dans la tête, mais elle n'y eut aucune secousse. Le soir elle y ressentit quelques craquements à la suite desquels elle se sentit encore mieux ; elle en eut également

dans la colonne vertébrale. Le soir elle était absolument calme, comme elle ne l'avait jamais été. Dans la nuit elle ne dormit que jusqu'à minuit. Elle rêva d'un homme rouge et voyait du feu. Réveillée par le rêve, elle sentit « comme une vrille qu'on tourne » dans le dos entre les deux épaules, au point d'où ses crises partaient ordinairement. Cela dura quelques minutes, après quoi elle éprouva une grande détente.

Le lendemain matin elle était calme, mais sentait qu'elle voulait se détendre encore davantage. Elle avait encore mal dans le dos, mais beaucoup moins. « J'ai quelque chose, disait-elle, que je ne puis dépeindre, depuis ce craquement-là. »

Le 23 février les règles apparaissent. Au lieu des violentes douleurs qu'elle a ordinairement et pour lesquelles on lui donnait souvent des piqûres de morphine, elle n'a que quelques douleurs du bas-ventre. Elle fléchit les cuisses sur le ventre et c'est tout. Le soir je les lui étends et les maintiens un moment. La trépidation dont elles sont le siège cesse au bout de peu de temps et le reste de la nuit est calme.

Le 24 février, elle est un peu énervée et sautille encore, surtout sur la jambe droite. Elle se lève néanmoins et peut descendre et marcher un peu, ce qu'elle fait du reste depuis son arrivée ici, alors que chez elle elle était incapable de marcher deux jours de suite, si peu que ce soit, sans avoir de crise plus violente.

7 mars. — Depuis quatre jours elle n'a plus de crises ni de mouvements choréïques, et elle reste absolument calme. Elle souffre cependant du bas-ventre, car elle a de la dysménorrhée pseudo membraneuse. Elle n'a plus de point douloureux dans le dos. Elle saute un peu le soir au moment du dîner. Pour arrêter cet état, je l'étire fortement des pieds à la tête. La douleur du ventre disparaît, mais à peine remise sur sa chaise elle s'endort, dans un état de relâchement musculaire complet et insensible à toute espèce d'excitation. Elle sort de cet état de sommeil spontané au bout de deux heures, avec un frisson et quelques bâillements et la tête un peu confuse. La nuit suivante elle dort trois heures et transpire beaucoup.

8 mars. — Elle est absolument calme et n'a qu'une très légère douleur sus-pubienne. La tête est un peu lourde, et quand elle garde les yeux fermés pendant quelque temps, elle s'endort presque. Sa sensibilité générale est diminuée, ainsi que la notion de position des doigts. Pendant que je lui cause en l'examinant, elle s'endort et tombe inerte. Elle se réveille spontanément au

bout d'une heure, mais elle est encore assoupie, a tendance à fermer les yeux. Le soir elle se réveille de sa torpeur et est absolument calme.

9 mars. — Elle a bien dormi la nuit. Toute la journée elle est calme. A la suite d'une légère émotion elle est reprise de douleur au bas-ventre et se recroqueville les membres inférieurs. Je lui fais immédiatement de l'extension générale, à la suite de laquelle elle est calme. mais encore assoupie.

10 mars. – Elle a bien dormi et est très calme. Elle est prise à un moment donné d'un grand sentiment de chaleur avec transpiration abondante, qui se termine par un frémissement général et une détente plus complète. Elle a toujours des pseudo-membranes utérines. Le ventre est encore un peu douloureux. Elle a éprouvé des craquements à la nuque « comme si cela se fendait, s'ouvrait ». Dès que je lui fais faire des exercices d'extension générale, elle se calme et est comme endormie.

12 mars. — Elle n'a pas eu de crises de toute la semaine. Le soir elle sent des frémissements dans les membres et a une crise qui dure deux heures.

14 mars. — Elle n'a rien eu hier. Aujourd'hui elle est très calme. Elle se sent bien surtout quand elle est couchée et voudrait éviter la lumière, le bruit. Séance de gymnastique d'assouplissement pendant laquelle elle s'endort et se réveille sur mon ordre. Elle a ressenti des craquements à la nuque et des battements dans le dos. A la suite de la douche elle s'endort de nouveau spontanément, mais se réveille rapidement seule.

17 mars. — Elle a la nuque un peu raide depuis hier, et la figure lui semble aussi peu souple. Elle éprouve des tiraillements depuis le front jusqu'à la nuque, et elle a le besoin de faire des grimaces, de froncer les sourcils, pour se déraidir. Séance d'exercice des mouvements du cou et de la face, qui reprennent toute leur souplesse.

22 mars. — La semaine a été très bonne. Elle a ses règles aujourd'hui, sans accident. Elle n'a aucune secousse, ne fait aucune contorsion. Elle éprouve des craquements dans le nez et la nuque. « Ça tire dans le dos ; ça déchire dans le ventre. »

2 avril — Depuis deux jours elle a quelques petits spasmes de l'estomac et de la gorge, qui sont facilement arrêtés par de l'extension générale.

Elle sort maintenant faire des promenades tous les jours, alors que depuis des années elle avait des crises dès qu'elle faisait la moindre marche. A part un peu de raideur dans l'attitude générale, elle semble revenue à l'état normal.

12 avril. — Isolée jusqu'ici de sa famille, elle apprend que sa sœur, autorisée par moi, va venir la voir bientôt. Elle est très agitée à cette nouvelle et le soir elle fait des contorsions, a une trépidation des membres inférieurs, mais pas de crise caractérisée. Elle a surtout beaucoup d'excitation générale, avec hypersécrétion vulvaire, qui lui fait serrer les cuisses l'une contre l'autre, avec des tiraillements dans les aines.

Le 13 avril elle est plus calme, mais encore trépidante, et le 14, pendant une séance où je lui fais de l'extension générale, elle s'endort presque complètement. A la suite elle est complètement calme et souple.

16 avril. — Les règles sont arrivées cette huitaine sept jours d'avance, sans qu'elle ait éprouvé de douleurs comme les fois précédentes. Elle a encore une trémulation générale presque imperceptible et elle se sent un peu moins souple qu'hier.

27 avril. — Elle a quelques picotements et tiraillements dans le ventre. Je lui fais faire des mouvements d'extension pendant lesquels elle s'endort. Je lui fais exécuter également des mouvements alternatifs de contraction et de relâchement de la paroi abdominale à la suite desquels elle ne souffre plus du ventre qui est souple ; mais elle éprouve des tressautements dans la tête et elle a une envie invincible de dormir. Je profite de cet état pour lui dire de se sentir de la tête aux pieds. Elle se met alors à secouer sa tête de droite à gauche. Il lui semble qu'elle va éclater. Les secousses s'arrêtent, pour faire place à des battements, à des pincements à la nuque. Puis « ça tourne, ça bat dans la tête. » Ces sensations gagnent le front. La tête lui semble lourde, « drôle » ; puis elle y ressent des craquements. Enfin elle sent que « ça se remet, que tout se détend ». Elle fronce les sourcils, fait des grimaces de la face, puis tout s'arrête et elle reste absolument calme. Elle se réveille seule au bout de quelque temps et se trouve très bien.

30 avril. — Elle voit sa sœur sans émotion.

Le 1er mai je lui fais une séance complète de gymnastique d'extension et à la suite elle se trouve mieux que jamais.

6 mai — Séance d'extension du cou et de la tête que je lui dis de bien sentir. Elle est sur le point d'avoir ses règles, et le point ovarien gauche est un peu douloureux ; la douleur, sous l'influence des exercices, disparaît vite : secousses de tête, tiraillements, craquements, sensations d'arrachement, sursauts, puis détentes, d'abord dans la nuque, puis sur le côté de la tête, enfin au front et à la face.

A plusieurs reprises les secousses recommencent en se termi-

nant par le front. A ce moment elle a une anesthésie presque généralisée sauf le tronc, les membres inférieurs et la partie postérieure de la tête. Elle se met alors à refaire des grimaces de la face et à avoir des secousses de tête, puis de nouveau de grandes secousses générales. Elle éprouve dans la tête des secousses, et par moments cela tient comme si elle en souffrait beaucoup. Après un certain temps les phénomènes vont en diminuant et la détente se fait. La sensibilité reparaît et elle se réveille bien, car elle s'était endormie spontanément au cours de ses exercices.

14 mai. — Elle a eu ses règles cette semaine sans incident, sauf un léger point douloureux dans le dos et un peu de douleur dans le front. Aujourd'hui après la douche elle s'endort presque complètement. J'en profite pour lui faire recouvrer toute sa sensibilité qui est émoussée, quand elle s'endort ainsi. Elle s'étire, se détend : « Ça tire, dit-elle, ça brûle dans le dos » ; respiration spasmodique, toux spasmodique, sputation ; sensations d'arrachement dans le dos.

Le point ovarien, qui avait reparu, disparaît. Sensations d'arrachement dans l'estomac, puis dans la poitrine. Après plusieurs reprises elle finit par bâiller et s'étire en me disant qu'elle se trouve très bien, et se réveille avec toute sa sensibilité.

20 mai. — Elle a eu une légère émotion et présente un peu de sifflement laryngé en parlant. Elle a des douleurs de tête. Je l'endors facilement et après l'avoir laissée reposer quelque temps je lui ordonne de se réveiller : étirements, sensations de déchirement, secousses de tête, sensation de nœud qui se défait dans le ventre, puis tremblement intérieur, grimaces de la face ; nouvelle agitation généralisée ; reprise du trémoussement général ; « quel travail dans le ventre ! s'écrie-t-elle. » Sensations de battements généralisées. Etirements généraux. Détente de l'abdomen; mouvements en tous sens des muscles de la face : secousses de l'estomac, avec efforts de vomissements, éructations. Elle s'arrête puis tout à coup les secousses recommencent, avec trépidations générales. Elle conserve tout le temps une conscience suffisante pour me répondre et me dire tout ce qu'elle ressent. Elle éprouve encore des serrements de tête. Elle grimace et se frictionne la figure, « comme si sa peau s'arrachait. » Elle a ensuite une sensation d'énervement généralisé, puis détente et reprise de l'énervement avec crispations des doigts. Enfin il y a une détente générale et elle se réveille fatiguée mais bien.

21 mai. — Jusqu'à une heure du matin hier elle a encore

éprouvé quelques tiraillements dans le ventre, correspondant aux reins, puis s'est tout à fait et complètement détendue. Elle me raconte spontanément que pendant la dernière séance il lui a semblé repasser par tout ce qu'elle a éprouvé depuis vingt-cinq ans et dans le même ordre.

24 mai. — Depuis lors elle se sent encore un peu lasse et la tête légèrement engourdie, avec une légère douleur dans le côté du ventre et dans le dos.

Je l'endors et lui dis de se sentir complètement de la tête aux pieds. Elle a aussitôt de grands mouvements. Elle lève les jambes en l'air, et les laisse retomber en cadence sur le lit, puis elle crie, elle aboie, elle a envie de se déchirer la poitrine ; elle a des picotements dans la gorge ; elle se roule sur elle-même. Elle se met à aboyer et se plaint du côté gauche du ventre et à ce moment elle s'écrie : « C'est le mois de janvier, j'arrive chez vous. » Elle reproduit alors tout ce qu'elle faisait à ce moment, gesticulation des quatre membres, respiration spasmodique, secousses des bras, plaintes, gémissements, sensations de picotements dans la gorge, l'estomac, agacement généralisé, petite toux saccadée, puis mouvements cadencés et alternant des jambes, puis des bras : tortillements, mouvements de la langue, happements, soif, dysnée, respiration sifflante, tiraillements, battements dans la tête, dans la figure. Elle se croit toujours au mois de janvier. Secousse de tête, balancement des jambes, des bras ; toux, spasmes de la gorge. Peu à peu tout cesse dans les membres pour se localiser dans le dos et la tête. L'abdomen est dégagé et ne présente plus de douleur. Après une heure de repos je continue à la faire se réveiller. Les secousses de tête, accompagnées de sensation de craquement, recommencent : grimaces des yeux, mouvements du front, de la face. Elle commence alors à se réveiller. Quelques hoquets et nausées avec éructation Puis les secousses de tête reparaissent encore, avec secousses générales : enfin tout se calme, s'arrête, et elle se réveille seulement fatiguée.

9 juin. — Depuis quelques jours elle a de nouveau tendance au sommeil spontané. A la suite de la dernière séance et cette nuit elle me raconte avoir éprouvé les mêmes sensations qu'en 1873 au début de sa maladie, en particulier des douleurs aux genoux et des inquiétudes dans les jambes. Je constate que les genoux ont de l'hypéresthésie, qui existe également un peu aux jambes.

10 juin. — Les règles sont venues cette nuit sans accident. Le

ventre est à peine douloureux. Elle est cependant un peu énervée et vibrante. Elle trouve sa tête « drôle. »

20 juin. — Elle continue à aller et venir, à travailler, à sortir tous les jours, faire même de longues courses sans fatigue. Depuis quelques jours elle a des crampes d'estomac, comme elle en avait, me dit-elle, en 1879-1880. Puis elle a passé par une phase de tristesse comme en 1884 et surtout 1885.

Depuis hier la douleur du genou droit a reparu, avec anesthésie de ce genou, et légère boiterie. Elle a eu cette douleur à deux ou trois reprises au cours de sa maladie, et postérieurement à 1885. Elle n'est plus triste du tout Quelques exercices suffisent à faire disparaître l'anesthésie douloureuse du genou.

29 juin. — Elle va mieux de jour en jour et ne songe plus au passé. A partir de ce moment je l'habitue à aller en chemin de fer pour préparer son voyage quand elle quittera l'établissement. Elle le supporte très bien. Elle supporte également bien les tramways et les voitures. Elle continue à faire de longues promenades. Elle a ses époques le 10 juillet sans aucun trouble et quitte le Sanatorium le 13 juillet.

Depuis lors tout s'est bien passé. Son voyage s'est parfaitement effectué. Elle est convaincue de sa guérison définitive et tout permet de supposer qu'elle se maintiendra.

M. le Dr Félix ALLARD (de Paris)

Myopathie primitive
Examens électriques. — Amélioration par le suc musculaire

RÉSUMÉ (1)

L'auteur rapporte l'histoire d'un enfant de neuf ans et demi, adressé à M. le Dr Brissaud, à l'hôpital Saint-Antoine, et atteint de *myopathie primitive généralisée*. L'affection, isolée dans la famille, paraît remonter à l'âge où l'enfant a commencé à marcher; elle n'a cessé de progresser depuis.

(1) Voir l'observation *in-extenso* dans la *Revue neurologique*, 1898.

Ce qui ajoute un intérêt particulier à cette observation, c'est la coexistence chez ce malade de troubles trophiques musculaires et de certaines malformations congénitales (hernie inguinale, ectopie testiculaire). Ce fait semble bien démontrer que les atrophies musculaires, comme les arrêts de développement, sont commandés par une altération des centres trophiques remontant à la période fœtale.

Au point de vue fonctionnel, le malade présente l'aspect le plus complet de la pseudo-hypertrophie, et cependant l'hypertrophie et l'atrophie sont relativement peu marquées, comme le montrent les photographies jointes à l'observation. *L'examen électrique*, particulièrement utile dans ces cas-là pour avoir une idée exacte de la valeur fonctionnelle de chaque muscle, montre, *à la face*, la participation de l'orbiculaire des lèvres. Il indique une diminution considérable des excitabilités faradique et galvanique *aux membres supérieurs*, et surtout à la racine des membres. *Aux membres inférieurs*, ce sont les fessiers et les muscles de la région antéro-externe des jambes qui sont le plus atteints. L'auteur insiste sur certaines particularités qu'il a observées de pareil cas dans l'ordre d'apparition des secousses, quand on excite par le courant galvanique le nerf ou l'un des muscles placés sous sa dépendance.

Le traitement électrique, sous forme de galvanisation de la moelle, de faradisation et de galvanisation des nerfs et des muscles, n'a produit aucun effet. Sur le conseil de M. le Dr Brissaud, l'auteur a essayé de l'*organothérapie* par un suc musculaire spécialement préparé par M. Bouty. Un tableau comparatif des résultats de l'examen électrique, avant et après le traitement, indique une augmentation nette des excitabilités pour plusieurs muscles.

Cette tentative thérapeutique, heureuse dans une affection réputée incurable et fatalement progressive, mérite d'attirer l'attention et appelle de nouvelles recherches.

Présentation de radiographies se rapportant à la neuropathologie.

M. **ALLARD** présente également des épreuves radiographiées se rapportant à la neuropathologie.

M. BOURNEVILLE (de Paris)

Sur le traitement chirurgical de l'épilepsie

Dans les observations d'interventions chirurgicales chez les épileptiques, il est indispensable de préciser la marche de l'épilepsie et l'état intellectuel *avant l'opération*, d'indiquer les particularités qui ont accompagné l'intervention opératoire (hémorrhagie, etc.) ; ensuite, de donner, non pas les résultats obtenus quelques semaines après la crâniectomie ou la trépanation, mais au bout d'une ou plusieurs années.

Six épileptiques ont été opérés par divers chirurgiens ; la crâniectomie remontait à quatre, dix, trois, cinq, quatre ans, cinq mois. Chez tous, les accès, notés avec soin, ont persisté aussi ou plus nombreux qu'avant l'action chirurgicale. Chez tous, il y a eu, ou même état, ou aggravation ; partant, inutilité du traitement chirurgical.

Dans le dernier cas concernant un enfant de trois ans, la *crâniectomie* a été pratiquée le 12 février. Les accès ont continué. Le 22 février, *sympathitectomie,* rémission de vingt et un jours, puis accès aussi nombreux qu'auparavant.

L'orateur présente ensuite cinq crânes de malades opérés, sur lesquels on peut voir comment et en combien de temps s'opère la réossification ; les lésions consécutives à l'opération : aiguilles osseuses, ostéite hypertrophiante, méningo-encéphalite au niveau et au voisinage des brèches osseuses, etc. Il fait remarquer l'absence de synostose invoquée par certains chirurgiens pour justifier leur intervention.

Un autre crâne offre une large *perforation congénitale,*

crâniectomie naturelle, qui n'a pas empêché le malade de devenir épileptique. Enfin le crâne d'un épileptique de soixante-douze ans, présente une cicatrice osseuse avec exostoses acuminées à la face interne, consécutives à un traumatisme ; l'intervention chirurgicale, absolument impuissante dans tous les cas précédemment rapportés, aurait été incontestablement salutaire dans ce cas. Mais il s'agit là d'une lésion tout à fait exceptionnelle.

Présentation de photographies et de pièces anatomiques.

MM. les Dʳˢ MARIE et VIGOUROUX

Des obsessions chroniques

Dans les obsessions ordinaires on observe la coexistence d'un certain état de conscience concomitant au syndrôme dégénératif qui n'est que l'accentuation des phénomènes existants chez les normaux à l'état naissant.

Mais les obsessions peuvent exister avec un état délirant, ce dernier paraissant même souvent leur être directement secondaire et consécutif.

Nous allons voir que néanmoins on peut alors en déterminer tous les caractères essentiels ; on peut de plus observer le passage d'un premier degré d'automatisme constitué par l'obsession, à un éréthisme plus accentué constituant l'hallucination vraie qui conserve néanmoins les mêmes caractères fondamentaux comme nous le verrons.

A l'état simple, l'obsession reste telle que la décrivent les auteurs classiques, c'est-à-dire tyrannique, angoissante, etc., mais c'est la réaction psychique en quelque sorte qui diffère ; l'état de conscience manque, c'est-à-dire que le malade ne juge plus ces phénomènes comme simplement maladifs et cesse de les apprécier à leur juste valeur.

Il cherche toujours à se les expliquer mais s'arrête à une

hypothèse plus ou moins logique selon son degré d'instruction et de développement intellectuel.

Ce délire n'a donc que la valeur d'une explication que le malade cherche à se donner à lui-même des phénomènes anormaux qu'il éprouve.

Au point de vue psycho-physiologique, c'est le contre-coup psychique de phénomènes primitifs psycho-sensoriels ou psycho-moteurs, une irradiation si l'on veut aux zones les plus antérieures de la corticalité.

Mais ce contre-coup, cette irradiation différeront selon le degré de développement de ces mêmes inconvolutions de la sphère dite psychique, aussi cliniquement le délire nous renseigne-t-il sur l'état de cette portion du cerveau qui réagira différemment selon son degré de développement. Le corollaire de l'étude des obsessions avec conscience semble donc être celle des conceptions délirantes pouvant se greffer sur le syndrôme primitif, obsession.

Ce qu'on appelle conscience dans le cas de l'obsédé simple pourrait être défini : la notion exacte de la nature morbide, parce que nocive du phénomène, la compréhension du fait que s'abandonner aux tendances qui en résultent c'est nuire à soi-même et à l'espèce, et commettre des actes plus ou moins contraires aux lois de l'adaptation normale. Un premier degré de dégénérescence consiste donc en ce que l'on a appelé la perte de la conscience coloniale, que l'homme doit avoir en tant que membre de la collectivité sociale.

En effet, l'individu humain normal, a conscience de lui-même à la fois comme personne et comme membre du corps social.

Le dégénéré peut avoir la conscience personnelle et perdre la conscience en quelque sorte sociale. C'est alors l'associable qui s'abandonnera sans frein à telle ou telle tendance obsédante satisfaisante pour lui-même, mais dangereuse pour ses semblables.

L'obsession homicide peut dominer aussi toute l'existence d'un individu qui s'y abandonne et oriente même sa vie en vue de sa satisfaction. Ball en a rapporté un saisissant exemple ; quant à la conscience individuelle on la voit

en quelque sorte se fragmenter dans les différents cas d'obsession, qui ne sont en somme au point de vue physiologique que le fonctionnement isolé des différents centres gris contenus dans l'axe cerebro-spinal. On peut en induire que l'affranchissement d'un ou de plusieurs centres et leur automatisme constituent autant de syndrômes différents (Legrain, 1893).

La dégénérescence revient dès lors à une régression successive par extinction des centres nerveux superposés, selon leur ordre décroissant de supériorité c'est-à-dire de complexité ; les sphères les plus inférieures persistant les dernières dans la série comme étant les plus simplement organisées.

Le délire surajouté n'est alors que le naufrage définitif des centres supérieurs incomplets entraînés dans la déchéance des centres sous-jacents qu'ils ne peuvent contrebalancer.

Aussi conçoit-on que l'impulsion et l'obsession se développent avec un mécanisme physiologique identique, soit que le malade ait conscience et lutte ou qu'il délire et adhère psychiquement à son aberration dégénérative.

On conçoit aussi dès lors que l'idiot complet privé de tout centre supérieur n'ait que des impulsions brutes sans obsessions, comme la coprolatie monotone automatique par exemple, qui est pour lui la forme d'onomatomanie impulsive élémentaire la plus ordinaire.

M. Magnan a développé ce parallèle des impulsions dans la série descendante des dégénérés à propos des onanistes depuis les fétichistes cérébraux antérieurs les plus complexes jusqu'à l'onaniste mécanique par pur reflexe spinal sous forme de tic sans fin. On a aussi comparé l'obsédé par défaut d'image corticale à l'aphasie subite sans ictus et au mâle frappé d'un accident nerveux inhibitoire de son éréthisme générique.

C'est que, comme le dit Ribot (*Volonté*, p. 33) « du reflexe le plus bas à la volonté la plus haute, la transition est insensible, et il est impossible de dire exactement le moment où commence la volition propre c'est-à-dire la réaction personnelle ».

D'un extrême à l'autre de la série la différence se réduit à deux points : d'un côté une extrême complexité, de l'autre une extrême simplicité.

D'un côté une réaction toujours la même chez tous les individus d'une même espèce, de l'autre une réaction qui varie selon l'individu, c'est-à-dire d'après un organisme particulier limité dans le temps et l'espace.

Simplicité et permanence, complexité et changement vont de pair.

Au point de vue de l'évolution, toutes les réactions ont été à l'origine individuelles. Elles sont devenues organiques, spécifiques, par des répétitions sans nombre dans l'individu et la race.

L'origine de la volonté est dans cette propriété qu'a la matière vivante de réagir, sa fin est dans cette propriété qu'a la matière vivante de s'habituer et c'est cette activité involontaire fixée à jamais qui sert de support et d'instrument à l'activité individuelle.

Que ce support soit incomplètement développé, le point d'appui des acquisitions ancestrales accumulées vient à manquer et le levier reste nul. L'individu reste la balance folle, d'autant plus déséquilibré que son support est plus faible.

Son délire, avons-nous dit, dépendra du degré de développement intellectuel de l'obsédé.

Ce développement dépend lui-même en partie du milieu, lequel, par suite, sera reflété en quelque sorte dans le cerveau qui en a subi l'empreinte. Ainsi s'explique les variations multiples des conceptions délirantes selon les époques, les préjugés sociaux, les idées régnantes, les régions, etc., etc. « Dans les temps antiques, dit Marié, les malades se croyaient poursuivis par les lumenides, les dieux infernaux ou par les flèches de Diane, au moyen âge la croyance aux sorciers, aux esprits diaboliques, aux revenants donnait aux monomanies un aspect caractéristique.

De nos jours, des formes gouvernementales nouvelles, une surveillance plus grande exercée sur tous les citoyens et dans un autre ordre d'idées, des découvertes merveil-

leuses en chimie et en physique tendent à substituer aux idées superstitieuses du moyen âge, la crainte des persécutions de la police et cette croyance si commune chez les hallucinés, qu'on les tourmente à l'aide de l'électricité. »

C'est qu'en effet ce sont là autant d'hypothèses que l'on retrouve parmi celles invoquées par les obsédés délirants avec bien d'autres.

Mais avant de se bâtir une théorie de la genèse des troubles dont ils souffrent, ils se posent une série de questions suivant un ordre progressivement logique.

Et d'abord qu'éprouvent-ils? Que leur fait-on? la nature psycho-sensorielle primitive presque constante du phénomène de l'obsession tend à leur faire objectiver l'éréthisme de centres normalement récepteurs d'excitations centripètes, aussi n'hésitent-ils pas à trouver l'origine de l'obsession dans un agent extérieur. Reste à expliquer le mécanisme de cette action. Ayant découvert ce qu'on leur fait, ils se demandent comment et avec quoi on le leur fait (électricité, maléfice, etc.).

Dès ces premières hypothèses le caractère du délire se dessine et on peut prévoir comment il sera répondu à la question de savoir qui est l'auteur de ces malaises qui font ce mal.

L'hypothèse non logique, ne pourra être que métaphysique, théologique ou fétichique par ordre décroissant, suivant la théorie d'Auguste Comte.

Pour lui toutes les conceptions humaines vont de l'état fictif à l'état positif ou scientifique en passant par l'état abstrait métaphysique.

Il s'en suit que l'obsédé délirant revenant à des hypothèses trop subjectives ne fait que parcourir à l'inverse les différents stades de l'évolution mentale. Il passe par conséquent de l'état positif à l'état abstrait ou à l'état fictif théologique.

Dans la recherche des causes de son mal, il abandonne l'hypothèse positive de leur origine morbide et organique.

Méconnaissant le principe de la transformation logique des hypothèses, il le renverse et tend à former des hypo-

thèses moins simples et moins exactes que celles émanant d'une saine raison.

C'est ainsi que fermant les yeux à l'évidence et dédaignant les opinions courantes il va faire lui même sa théorie. Mais il n'invente rien et croyant s'affranchir, il ne fait que restaurer des idées abandonnées.

On peut être en discordance avec les opinions courantes contemporaines sans pour cela user d'hypothèses surannées et avoir une mentalité dégénérative. Car il est des *progénérés* en avance sur leur époque qui substituent, grâce à un développement intellectuel supérieur aux hypothèses du jour, celles de demain, plus proches de la vérité vers laquelle le progrès humain tend sans qu'il doive jamais l'atteindre.

C'est là un des arguments invoqués d'ailleurs en faveur de la théorie italienne de l'atavisme.

L'obsédé recourra donc dans son délire à des hypothèses abstraites ou théologiques, il abstrait lorsqu'il objective et érige en individualités distinctes des manifestations automatiques de son propre cerveau. C'est alors qu'il accuse les persécutions électriques, chimiques, etc., que lui font subir les francs-maçons, les jésuites, la police, etc.

Un de nos malades éprouve de l'agarophobie lorsqu'il sort, il attribue ce phénomène à l'influence mystérieuse d'une bande imaginaire de persécuteurs qu'il appelle les carabins, dès lors si son plafond se dégrade c'est eux qui l'ont défoncé, si son chapeau s'use c'est qu'ils l'ont abimé, caché...

C'est l'état mental de Berbignier poursuivi par les farfadets, qui modifient jusqu'à son écriture (automatisme graphique).

L'agarophe que nous venons de citer réussit à traverser les rues et les places en se cachant derrière un parapluie, comme l'agorophobe conscient de Westphal ; c'est pour notre délirant la preuve qu'il a pu échapper ainsi à la vue des carabins, tandis que l'agarophobe conscient comprend que la peur du vide disparaît simplement avec la vue de l'espace.

Nous avons observé également un claustrophobe déli-

rant qui en était arrivé avec la peur des araignées (zoophobie) à une véritable hallucination obsédante lorsqu'il était enfermé seul dans une pièce restreinte et peu claire. Il croyait voir une araignée grossir démesurément et l'obligeant à sortir, plein d'horreur, par la fenêtre au besoin, pour échapper à ce tête à tête et à cette étreinte affolante.

On le voit, on observe chez les dégénérés à obsession des idées délirantes semblables à celles des délirants chroniques, il peut même y avoir un certain degré de systématisation et d'évolution rappelant le délire chronique type, mais la *différence capitale consiste dans la présence de l'élément syndromique obsession* qui à titre d'épisode ou de phénomène permanent caractérise ces psychoses dégénératives (Magnan et Seneux).

C'est à l'état mental fictif et théologique dont parle A. Comte, que correspondent les idées mystiques monothéiques, polythéiques, ou fétichiques par lesquelles certains obsédés invoquent les divinités, esprits, démons, ou êtres fabuleux comme causes de leurs obsessions.

C'est cette forme d'obsession délirante qu'avaient particulièrement en vue les écrivains religieux du moyen âge qui s'en sont occupés.

De nos jours on observe encore cette forme mystique du délire chez certains dégénérés à obsessions. Nous en citerons quelques exemples.

Une malade que nous avons observée longtemps est atteinte de dégénérescence mentale avec idées de persécution persistantes depuis dix ans; elle a surtout des obsessions impulsives à frapper ceux qui l'entourent ou elle-même, offrant tous les caractères de l'obsession syndromique (irrésistibilité, angoisse précordiale préalable pendant qu'elle lutte, soulagement consécutif).

Elle a systématisé sur ces phénomènes un véritable délai de possession qui les explique à ses yeux.

« Le diable prend la pensée d'une autre et la met dans la mienne, je sens alors les deux pensées en même temps dans ma tête.

« L'invisible peut alors me faire parler et agir, c'est ainsi

que pour me prouver sa puissance, il m'a fait égratigner la figure avec mes ongles et jeter la tête contre les arbres de la cour (contusions). »

Elle demande des médicaments pour paralyser *l'invisible.* A l'approche des impulsions obsédantes, elle sent une lutte étrange, l'esprit malin lui soutient qu'elle devient folle; malgré ses dénégations et pour le lui faire voir, il lui paralyse la raison et accomplit l'acte (coup à elle-même ou aux voisines). Aussitôt elle sent en elle un grand soulagement qu'elle attribue à la satisfaction du diable qui est en elle en ce moment, il se réjouit et dit même par sa propre bouche : « je suis le plus fort, je suis content »... Quand elle écrit, il lui fait parfois mettre des gros mots (coprographie).

Une autre de nos malades est aussi une dégénérée mystique; son délire remonte à huit ans, herédité convergeante, hallucinations multiples d'attaque et de défense.

Avant de délirer, elle a eu des obsessions syndromiques simples, comme de refaire trois fois une chose de peur d'oubli, exemple : « Elle craignait toujours d'avoir omis de cacheter ou timbrer ses lettres, et le vérifiait trois fois. »

« Ils ont repris cela en théologie », c'est-à-dire que ses persécuteurs, Julien l'Apostat entre autres, lui suscitent des préoccupations analogues, concernant certains chiffres, certaines lettres. Si elle ne trouvait pas de réponse, elle serait « plus agitée que toutes nos agitées » dit-elle. Elle éprouve en effet alors un grand malaise, des crispations, des tremblements, des étouffements, du vertige.

Aussi appelle-t-elle parfois à son secours les anges de bonne volonté qui lui inspirent la réponse, ou bien elle prononce une formule défensive : « Dieu est mon droit — maudit soit dans tout ce qu'il y a de plus maudit qui mal y pense ».

La plupart du temps elle trouve une réponse.

L'obsession sous sa forme la plus simple conserve une lettre par exemple la lettre L.

Nous joignons ci-joint la réponse de la main même de la malade à une question obsédante, relative à l'emploi de

la lettre L dans les substantifs propres et dans les substantifs communs (voir observations). Elle répond : « Saint *L*aurent l'a par devant, saint Pau*l* par derrière, les fi*ll*es l'ont au milieu, quand elles sont femmes elles ne l'ont plus ».

Dès lors elle est tranquille et calme « la défense est maîtresse ». Sans insister sur les gestes (soufflerie, mouvements rythmés, grimaces ou contorsions de défense), ni sur les jeux de mots, nous dirons que si on analyse bien ses réponses aux lettres, on voit que au fond ce syndrôme revêt les caractères de l'obsession avec conscience telle qu'elle se présente chez les dégénérés à syndrômes épisodiques.

Il n'en diffère que par la couleur qu'il revêt par suite de son incorporation au délire même de la malade.

Ainsi un onomatomane simple aurait l'obsession d'un mot qu'il doit rechercher. Elle dit que c'est l'attaque qui lui pose une question au sujet d'une lettre, d'un mot.

Tant qu'il n'a pas trouvé son mot l'onomatomane simple est dans la période d'angoisse caractéristique de l'obsession ; notre malade qui ressent les mêmes phénomènes (étouffements, tremblements, agitation, vertige), les attribue à la puissance des persécuteurs qui l'attaquent.

L'onomatomane, une fois le mot trouvé, voit son angoisse disparaître, le calme renaître.

Le même fait se produit chez notre malade quand elle a répondu à la question.

Elle ajoute, alors, qu'elle triomphe parce que la défense l'a emporté sur l'attaque.

Le seul caractère distinctif, en somme, est que l'un des phénomènes est conscient, et l'autre rapporte au délire avec lequel il fait corps ; c'est en quelque sorte l'onomatomanie délirante inconsciente.

On peut observer chez le même malade, l'obsession, consciente d'abord, faisant place ensuite à l'obsession délirante et hallucination objective.

L'observation suivante, se rapporte à un homme dégénéré héréditaire sujet à des syndrômes anodins, mais qui

jusqu'à l'âge de cinquante ans environ avait pu mener une vie régulière et laborieuse.

A la suite d'excès de travail, survinrent des obsessions qui disparaissent, puis dans ce cerveau fatigué, surmené, apparaît l'idée de tenter un rapprochement anormal (coït anal) ; après la lutte, l'angoisse classique, il cède et aussitôt après se présente la satisfaction, le regret du fait accompli, le remords ensuite, porté à l'état suraigu. L'idée qu'il est un pédéraste, un homme perdu, ne le quitte plus. Sous l'influence de cette idée tenace, continue, toujours la même, survient l'anxiété, l'obsession du suicide ; puis, à l'occasion de la révélation de l'acte commis, apparaît l'hallucination : la tension incessante de l'intelligence sur cette idée de pédérastie, a fini par éveiller le signe représentatif de la pensée, l'image tonale, c'est-à-dire le mot « pédéraste ». C'est la théorie de Tamburini, l'éréthisme du centre cortical perceptif provoqué par l'éréthisme de la région antérieure primitivement excitée.

Dans ce cas, le passage de l'idée obsédante à l'hallucination auditive, a été en tous points comparable à la transition dans le délire chronique de la période d'interprétation délirante à celle de persécution hallucinatoire confirmée.

Dans des cas plus atténués on peut voir l'obsession se transformer en hallucinations sans perte complète de la conscience de sa nature pathologique, sans délire proprement dit, en un mot.

M. P. Janet nous en donne un exemple dans son « Histoire d'une idée fixe » :

— J... est préoccupée d'un morceau de musique qu'elle étudie, et, depuis ce moment, elle s'aperçoit qu'elle ne voit plus clair, car elle a devant les yeux une poussière noire. En examinant avec plus de soin cette poussière, elle constate avec étonnement que ce sont des notes de musique de son morceau qui sont constamment devant elle et l'empêchent de voir assez pour se conduire dans la rue.....

Mais, le plus ordinairement, il se mêle à l'élément hallucinatoire un certain degré de divagation délirante, d'au-

tant plus marqué, que le processus hallucinatoire est étendu à une portion plus considérable des centres cortico-sensoriels.

On peut alors observer des synesthésies hallucinatoires analogues absolument aux synesthésies qui ont été signalées au début comme obsessions constantes à l'état naissant.

« Chez ces hallucinés, dit Schüle, les voix éveillent souvent différentes sortes d'images.... Certains prétendent *apercevoir des voies bleues* et cherchent à les *saisir*. »

C'est là une participation évidente des sphères auditives, visuelles et tactiles à l'éréthisme hallucinatoire.

Un dégénéré de MM. Magnan et Leneux est persécuté depuis de nombreuses années par l'électricité, mais les décharges ont une couleur variable, anssi appelle-t-il cela la *teinture électrique*.

Les ennemis qui lui envoient ces singulières couleurs sont les teinturiers dont il donne les noms

Il reçoit aussi des jets de *vitriol vert* dans la figure, ou bien il se sent brûlé par des *fusées rouges*.

Un malade, dont l'observation est rapportée tout au long dans ce travail (annexe documentaire), s'exprime ainsi : « Quand l'électricité m'arrive dans les oreilles, elle m'occasionne, par répercussion dans l'œil, des sensations de couleurs vives. » Il se croit, en effet, électrisé par une dynamo dont les décharges pénètrent plus particulièrement dans ses oreilles, ce dont il cherche à se défendre en mastiquant le conduit auditif.

Un antre malade présente des hallucinations complexes où un trouble de la sensibilité générale éveille secondairement des troubles analogues des sphères olfactives et visuelles.

On lui envoie par le plafond, sur la tête, des *pestes coupantes* qui lui labourent le cuir chevelu, aussi se coiffe-t-il d'une casserole métallique. Les pestes l'empoisonnent en répandant ensuite une *odeur* repoussante ; il les *voit vertes* et *rouges* lorsqu'elles lui tombent sur la tête.

Dans l'obsession délirante, le malade est toujours comme dans l'obsession simple, en proie à un éréthisme imposé



par la maladie auquel il s'efforce en vain de se soustraire, mais contraint par les lois mêmes de son esprit débile à donner un corps déterminé à ses conceptions délirantes, il s'attache à telle ou telle série d'idées déterminées ; il est toujours susceptible de délirer dans une foule de directions, mais l'idée principale à laquelle il peut s'arrêter finalement, tend à devenir le centre commun autour duquel convergent la plupart de ses pensées et de ses réflexions. Un premier travail de systématisation se fait ici comme dans tous les délires systématisés, le malade cherchant la cause de ce qu'il ressent et ressassant des hypothèses vaines d'autant moins plausibles qu'il est moins intelligent. Cela dure jusqu'à ce que le malade ait trouvé sa formule délirante définitive et correspond à une lutte d'autant plus courte que la faiblesse d'esprit initiale du malade est plus marquée.

Aussi voit-on l'éclosion brusque de bouffées délirantes chez les dégénérés à obsession correspondre au degré le plus marqué de débilité mentale. Entre les idées vagues de persécution, communes à la plupart des formes d'aliénation et les systèmes pseudo-logiques, il paraît y avoir une multitude d'intermédiaires dont nous retrouvons les équivalents dans les différents systèmes de délire de ces dégénérés, systèmes qui dépendent, nous le répétons, du caractère antérieur du malade.

Comme dit M. J. Falret, « le caractère antérieur du malade garde même au sein de la maladie sa nature spéciale, et il conserve une part d'influence. »

Ainsi, par exemple, un obsédé qui, avant de devenir persécuté, avait un caractère ardent, impétueux, prompt à l'action, disposé à l'irritation, à la colère, conservera ces dispositions aux détentes actives, impulsives, dans son délire. Elles agiront puissamment sur sa conduite et détermineront chez lui plus facilement des obsessions impulsives que chez un individu d'un naturel doux, patient et habitué à tout supporter sans se plaindre, qui souffrira au contraire d'obsessions émotionnelles.

A la première catégorie, celle des résignés, appartiendront les timides et aussi les plus faibles d'esprit, qui,

eux, resteront à une notion vague du système de persécution auquel ils se croiront en butte. Ce sont ces malades qui, assez souvent en quête de consolations morales, se réfugient dans des pratiques religieuses exagérées et tournent au délire à teinte mystique si leur éducation antérieure a été dirigée dans ce sens. Ou bien ils se livrent à des pratiques superstitieuses variées, plus ou moins naïves, pour conjurer le malaise mental qu'ils sentent peser sur eux.

Souvent leurs réactions délirantes consistent en un mélange grossier de pratiques à la fois religieuses et païennes ou empruntées à la sorcellerie du moyen âge.

Si ces pratiques ne les satisfont pas et ne parviennent pas à rassurer leur esprit troublé, ils font appel à des protecteurs vrais ou imaginaires. Dans ce choix interviennent encore les influences signalées plus haut, à savoir le niveau intellectuel du malade et de son milieu. S'il est assez intelligent pour avoir rapporté ses persécutions à une personne réellement existante, il est probable qu'il agira de même dans le choix des protecteurs auxquels il aura recours ; mais s'il attribue ses souffrances à quelque entêté imaginaire plus ou moins absurde, il invoque pour s'en protéger des êtres analogues.

A un premier degré les dégénérés les moins cultivés s'arrêtent à une conception tellement vague de ce système de persécution, qu'ils ne peuvent personnifier un persécuteur ; ils se tranquillisent, confiants dans des moyens de défense puérils et ne peuvent même arriver à une conception ambitieuse saisissable ; ou bien ils ne conçoivent comme idée de grandeur que celles qui découlent directement de leur moyen de défense, quelque puéril qu'il soit.

Un malade se dit *inventeur méconnu ;* or, persécuté par l'électricité, il a inventé de s'en défendre par l'usage de débris de verre qu'il tient entre ses dents et sous ses pieds, à l'intérieur des chaussures ; c'est ce qu'il appelle le *système du coussinet isolateur*. Son idée de grandeur et de défense est aussi pauvre que l'idée de persécution est mal définie.

L'un et l'autre ordre de conception sont donc dans un étroit rapport mutuel ; ce sont les manifestations d'un même fond mental qu'elles reflètent au même degré, dans des ordres d'idées différentes.

Aussi le degré de logique de l'une est-il subordonné à celui de l'autre.

Pas de désignation précise des défenseurs si les idées de persécution sont restées vagues et inversement.

— Mais l'interprétation de ces phénomènes qui paraît très simple au premier abord ne laisse pas que d'être assez délicate pour avoir donné lieu à des théories contradictoires.

C'est ainsi que, tandis que les uns y voient un phénomène de régression, d'atavisme, d'autres pensent que ce n'est que le résultat d'une faiblesse intellectuelle initiale et congénitale.

Nous allons dans le chapitre suivant passer en revue les principales théories émises.

Meynert dans son étude sur la genèse de l'idée délirante la considère comme existant à l'état d'élément inconscient dans le cerveau normal où elle se trouve en quelque sorte noyée et couverte par le développement complet des facultés intellectuelles qui en effacent toute trace dans la conscience.

Vienne une perturbation, l'idée délirante peut acquérir alors l'énergie suffisante pour l'emporter et faire son apparition.

C'est ce que produit une affection mentale.

« Interrompant les associations normales, elle facilite « par là même, la production des images mentales anor- « males qui prennent d'autant plus d'intensité qu'elles ne « peuvent se répandre sur les autres territoires inhibés « pour y être contrôlées. » — « En d'autres termes, l'idée délirante qui reste inconsciente dans le cerveau sain, prend par le seul fait de son isolement l'intensité que prennent les fonctions spéciales quand les fonctions corticales sont suspendues »

Continuant sa comparaison, il rapproche le développement de l'idée délirante de la prédominance de certains

muscles quand leurs antagonistes sont paralysés, il n'y a plus d'arrêt, plus de transformation d'une partie des processus associés, mais au contraire libre développement dans le champ de la conscience d'une conception erronée par suite de l'absence de notions correctrices.

Dès lors l'interprétation délirante est la conséquence d'un état d'esprit inné, identique à celui qui a constitué et constitue encore le fond mental de certains peuples pour qui elle représente l'expression la plus élevée de la pensée ; elle répond au besoin d'expliquer la genèse des phénomènes naturels et donne une certaine logique aux pratiques superstitieuses de ces intelligences incomplètes.

Par rapport à l'évolution de l'espèce, nous naissons avec une somme d'acquisition, ou, comme dit Serge, de *stratifications :* que la couche la plus récente et la plus parfaite s'altère, les couches sous-jacentes reparaissent et l'homme ainsi diminué devient absolument l'analogue de son ancêtre, le sauvage, confiant dans son gri-gri protecteur.

On peut ainsi définir le délire de la réapparition, sous une forme consciente et tenace d'une superstition, subconsciente dans le cerveau développé. (Meynert.)



— Dans le même ordre d'idées, c'est le renversement du principe de la transformation des hypothèses positives invoqué par M. Sémerié dans sa thèse.

Cet auteur en effet montre que l'aliéné, méconnaissant ce principe de philosophie première, tend à former des hypothèses toujours moins simples et moins exactes que celles qu'il repousse.

C'est ainsi que fermant les yeux à l'évidence et dédaignant les opinions courantes, il va faire lui-même sa théorie mais il n'invente rien, et croyant s'affranchir il ne fait que restaurer des idées abandonnées.

L'analyse de cet état mental se ramène à un excès de subjective ainsi que le démontre l'auteur dans des considérations qu'il serait trop long pour nous d'aborder.

Tanzy s'arrête à une opinion mixte.

Pour lui, la réapparition chez l'aliéné, de pratiques fétichistes conjuratrices, s'effectue de deux manières :

A. Directement par excès intrinsèque de tendances subjectives ;

B. Indirectement par défaut extrinsèque des fonctions correctrices ou inhibitoires.

C'est on le voit une théorie éclectique tenant à la fois de celle de Meynert par le second point, de celle des positivistes par le premier.

Mais, comme il le dit lui-même, il y a lieu de rechercher dans les faits la confirmation de cette théorie séduisante.

Or, qu'avons-nous déjà signalé dans les faits sinon l'existence d'observations cliniques correspondant à ces deux ordres d'hypothèses ?

Il existe en effet des cas où un malade dégénéré (supérieur pourrait-on dire) présente un éréthisme cortical obsessionnel, tel que ses circonvolutions psychiques (siège normal des centres antérieurs modérateurs) se trouvent secondairement perturbés; envahies par l'irradiation de l'éréthisme centripète, les circonvolutions antérieures sont non seulement alors obnubilées en tant que centres frénateurs mais entraînées et ébranlées; incapables de capitaliser l'excitation centripète grandissante, elles deviennent impuissantes à tout acte de synthèse réfléchie, c'est alors le délire qui éclate.

Ce délire est plus ou moins fruste selon l'ébranlement plus ou moins intense des centres supérieurs.

Par ordre décroissant on pourra observer des interprétations délirantes relevant d'abstractions pseudologiques d'un mysticisme plus ou moins éclairé ou même d'un fétichisme enfantin (régression inverse du développement psychique).

En fait on peut voir le même dégénéré passer successivement, selon l'époque de la maladie, par toutes ces phases successives. Obsédé conscient d'abord puis halluciné, il peut devenir enfin délirant, d'un délire métaphysique bientôt mystique et finalement grossièrement fétichiste, pour finir parfois dans l'automatiste démentiel pur. On peut suivre alors le syndrome obsession qui demeure tel et reconnaissable quand même, au travers de ses

répercussions hallucinatoires et des répressions délirantes successives, conséquences de l'irradiation obsessionnelle.

Lorsque la persistance du syndrome et la regression terminale ont réduit les centres supérieurs à l'état démentiel, l'obsession syndromique persiste encore avec tous ses éléments caractéristiques ainsi que nous en avons observé des exemples typiques.

Les centres cortico-psychiques en quelque sorte détruits par l'obsession persistante réduisent alors l'obsédé chronique à la situation de dégénéré inférieur, initialement privé d'un développement suffisant des centres frénateurs.

Chez ces derniers l'obsession provoque d'emblée le délire par bouffées confluentes et incoordonnées caractéristiques, au travers desquelles on peut, de même que dans les cas précédents, dégager encore le syndrome de l'obsession qui s'y combine.

Ces dégénérés inférieurs sont d'ailleurs de catégories variables selon leur état de déchéance congénitale et susceptibles de présenter des conceptions délirantes fétichiques grossières ou mystiques (polythéiques, monotréiques), métaphysiques même dans certains cas de mentalité moins inférieure.

Les dégénérés inférieurs diffèrent des précédents par l'évolution, l'absence de conscience de la nature morbide des phénomènes et la constance des conceptions délirantes associées; il peut arriver toutefois que le dégénéré soit d'emblée à ce point débile qu'il soit réduit à l'obsession ou impulsion automatique et monotone en tous points analogue d'emblée à l'obsédé tombé en démence finale dont nous venons de parler et dont ci-joint un exemple :

EXEMPLE

Une de nos malades, observée pendant de longues années, présentait le syndrome chronique de l'arithmomanie. Tombée dans un état de démence presque totale, elle restait inactive, comptant toujours 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7; d'autres fois 3, 7, 18. 20, et cela d'une façon continue, tantôt à voix basse, tantôt à haute

voix. C'était une dégénérée avec obsession, craintes morbides du péché et idées mystiques. Elle n'agissait pas de peur de commettre des péchés mortels et elle était impérieusement poussée à compter; puis elle avait été amenée à considérer l'acte de compter comme un moyen de défense, comme un moyen d'éviter les péchés mortels.

Aujourd'hui l'arithmomanie persiste sans but par suite du déclanchement automatique de ses centres.

MM. MARIE et A. VIGOUROUX

Sur la colonisation familiale et les malades qui en peuvent bénéficier.

Messieurs,

Nous avons l'honneur de vous présenter un court exposé de la situation de la colonie familiale de la Seine à Dun.

Cet établissement à reçu jusqu'à ce jour 673 malades. Le budget prévu pour 1899 comporte 700 malades et un total de 308,000 francs d'entretien annuel.

Le dernier compte de dépenses met le prix de journée totale à 1 fr. 40.

Nous avons entrepris l'étude individuelle et le classement de nos malades qui était ainsi composé au 1[er] janvier 1896.

Démences	séniles			169
	organiques	simples	70	80
		paralytiques	10	
Psychoses chroniques	partielles			103
	généralisées	dépressives		75
		expansives		10
		intermittentes		47
Affaiblissement intellectuel	par intoxication			16
	par névrose			9
Débilités congénitales et imbécillités simples				21
Démences précoces				35
		Total		565

Aujourd'hui on ne peut plus mettre en doute la possibilité de l'installation d'une colonie en France ; la colonie de Dun-sous-Auron a prouvé cette possibilité en existant et en donnant les résultats que l'on sait. Ghiel l'inimitable, Ghiel l'œuvre des siècles, a été imitée, non seulement en Belgique, à Lierneur, mais dans d'autres pays et en France à Dun ; on peut même dire que l'imitation a surpassé le modèle. En effet on a pu, instruit par l'expérience, éviter à Dun les inconvénients depuis longtemps signalés par les médecins de Ghiel et en particulier par M. le Dr Peters, à savoir l'ingérence trop grande de la commune dans la direction de la colonie, ingérence allant jusqu'à paralyser l'action des médecins dans les placements des malades et leurs déplacements, éviter ensuite au point de vue purement médical, des placements directs ou indirects incompatibles avec le système d'assistance familiale. M. le Dr Peters (Assistance des aliénés en Belgique, 1897), se plaint amèrement de ce que les administrations des hospices civils et des bureaux de bienfaisance lui envoient des malades qui seraient bien mieux dans les maisons fermées et que les médecins d'asiles belges agissent parfois de même.

A Dun, il n'existe rien de semblable, l'administration communale n'intervient que pour donner des renseignements sur la moralité des nourriciers et les médecins sont les seuls juges de l'opportunité des placements et déplacements. D'autre part, les malades ne nous sont envoyés qu'après une sélection sévère, qu'après un séjour plus ou moins long dans les asiles de la Seine où les médecins de ces services ont pu juger s'ils étaient à même ou non de jouir du bénéfice de l'assistance familiale.

M. le Dr Peters, dans ce même article, juge qu'il serait bon par une circulaire d'appeler l'attention des autorités sur le classement des malades et de faire connaître brièvement les caractères qui distinguent le patronage familial du régime des asiles fermés et d'indiquer à grands traits quelles sont les catégories de malades qui doivent jouir de préférence de tel ou tel mode d'assistance.

Mais est-il possible d'établir aussi des catégories ? Peut-

on dire que des malades atteints de telle ou telle affection mentale pourront bénéficier de l'assistance familiale, à l'exclusion de tel ou tel autre ? Cela nous paraît bien difficile théoriquement.

L'article 18 de la loi Belge sur les aliénés tente bien de donner ces indications lorsqu'il dit : « les aliénés de toute catégorie peuvent être colloqués dans la commune de Ghiel, sauf ceux à l'égard desquels il faut employer avec continuité des moyens de contrainte, les aliénés suicides, homicides ou incendiaires, ceux dont les évasions auraient été fréquentes, ceux dont les affections seraient de nature à troubler la tranquillité ou à blesser la décence publique. »

Cette exclusion comprend un bien grand nombre d'aliénés et le Dr Bulkens, médecin à Ghiel, faisait dans son rapport de 1857, cette juste remarque, que s'il fallait se conformer strictement à l'article 18 et se laisser aller à toutes les craintes d'une conscience timorée « Ghiel deviendrait bientôt un asile de déments, d'idiots et d'épileptiques. »

Sans vouloir épiloguer sur cette phrase, il nous semble que les épileptiques aussi peuvent être sujets à des impulsions dangereuses, incendiaires, même homicides, et il semble également que certains idiots et déments peuvent, par leur inconscience totale, blesser la décence et troubler la tranquillité.

M. le Dr Peters, dans sa première lettre à M. le comte de Bela de Kalnothy (p. 27), donne quelques indications générales sur la catégorie des malades qu'il voulait qu'on transférât à Ghiel : « Ce sont des malades valides sachant user de la liberté sans en abuser, aimant le travail et les distractions, ayant encore de la place dans le cœur pour les sentiments qu'éveillent la société et la famille. » Ce sont là, on le voit, des indications assez vagues et permettant difficilement de désigner tel ou tel groupe de maladies mentales. Il est plus explicite dans la désignation des genres de malades pour lesquels le transfert à Ghiel est mauvais. Il exclue de la colonie les malheureux réduits à la vie végétative, les idiots placés au bas de l'échelle, les déments

organiques constamment menacés de congestions ou d'hémorrhagies, les déments paralytiques, beaucoup d'épileptiques, les malades indigents atteints du délire de persécution, les aliénés dont parle l'article 18 manifestant un penchant suicide, homicide, incendiaire.

Quels sont, dira-t-on, les malades qui seront reçus dans cette colonie, et M. Falret n'avait-il pas raison de dire que pour y être admis il y avait des difficultés comparables à celles de l'entrée à Polytechnique? L'expérience de Dun permettra de répondre; les idiots complets sont exclus, ils ne peuvent trop souvent apprécier les avantages de la vie en famille, ni en bénéficier; parmi les imbéciles, les débiles, qui fournissent des dégénérés anti-sociaux par excellence, chez qui on rencontre les impulsions, les vices, un petit nombre peut seul être supporté par les familles.

Les persécutés en général sont exclus à cause de leurs tendances ambitieuses qui les font récriminer constamment et ont des accès de manie souvent accompagnés d'actes éminemment dangereux, la plupart des maniaques aussi, à plus forte raison; les idées de suicide se rencontrent chez un grand nombre d'aliénés, présentant des formes différentes de psychoses, mais comme on le verra, ce symptôme est loin d'avoir dans chaque cas la même gravité et ne constitue pas toujours le même danger potentiel. Si le danger était le critérium qui doit faire admettre ou exclure un aliéné tous seraient exclus; car, a dit Parchappe, « il est un danger potentiel qu'implique absolument et universellement la privation de la raison. » Si donc, théoriquement, il semblerait impossible de définir des catégories, en l'espèce, la théorie est en contradiction formelle avec la pratique, car, on sait qu'actuellement 1900 aliénés jouissent du patronage de Ghiel : 400 à Lieuneur, 183 à Daldorf, 2750 en Écosse, 300 en Russie et enfin près de 600 à Dun-sur-Auron.

Ce sera sur ces malades que nos recherches porteront; nous étudierons d'un côté les malades qui actuellement peuplent la colonie, en cherchant à les grouper, à les catégoriser, puis nous étudierons l'histoire de ceux qui après

un séjour plus ou moins long à la colonie ont dû être réintégrés dans un asile fermé; nous établirons une comparaison avec les résultats obtenus à Dun et ceux que nous avons pu constater à Ghiel, à Lierneur, à Ekatérenoslow et en Écosse. Et de cette étude essentiellement clinique nous tâcherons de dégager les règles générales pour la sélection des malades.

Les démences séniles au nombre de 169 sur 565 malades représentent donc 32, 2 °/₀ de nos malades. Si à Dun 169 déments séniles on ajoute les 80 déments organiques nous arrivons à 43 °/₀. Cette proportion est très forte par rapport à celle des autres colonies. A Ghiel, en comprenant à la fois les démences séniles et les organiques, on n'arrive qu'à la proportion de 6 °/₀, 120 sur 1983 malades; à Lierneur 6, 4 °/₀, à Daldorf 3, 3 °/₀, en Écosse dans la statistique du Dr Lawron, les déments figurent pour 12, 3 °/₀, à Ekatermostow les démences et autres états chroniques sont réunis et empêchent de calculer la proportion.

Cette énorme proportion de 32 °/₀ de déments séniles n'a rien qui doive nous surprendre, puisqu'au début de la colonie, eux seuls devaient la constituer, aussi avait-on pu au début songer à rattacher ce mode d'assistance au budget communal d'assistance des vieillards. Mais c'était, là, confondre sénilité et démence sénile, et l'expérience le montra vite.

L'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles sert de substratum aux conceptions délirantes les plus variées et l'observation montre que l'involution sénile est le réactif tardif révélateur de tares latentes et de prédisposition à telle ou telle psychose héréditaire; sur ce fond démentiel naissent et évoluent les psychoses séniles, si bien étudiées par MM. Lylas et Ritti : dépression mélancolique, exaltations maniaques, bouffées délirantes de persécution ou de grandeur, d'hypochondrie, etc., tous ces troubles psychiques n'ont de commun que l'aspect fruste et, pour ainsi dire, décoloré du délire.

Br..., soixante-cinq ans, est atteinte de démence sénile; sa mémoire est à ce point affaiblie que, perdue dans les rues de

Paris, elle n'a pu donner l'adresse du parent chez lequel elle habitait depuis déjà plusieurs mois ; elle ne peut nous donner aucun renseignement précis sur son existence antérieure, sur son internement, etc. En outre, elle présente de la dépression mélancolique, elle pleure, se lamente ; elle craint que sa sœur ne soit morte, qu'il ne lui arrive malheur, etc. Elle désire la mort.

Cet état mélancolique ne dure que depuis quelques mois, et est peu accentué ; les hallucinations n'ont pas apparu.

Beck, quatre-vingt-cinq ans, présente de l'excitation maniaque, greffée sur un fonds de démence, elle parle en chantant, est loquace, injurieuse.

Ce qui ne l'empêche pas d'être attachée à ses nourriciers et de ne pas vouloir les quitter.

F... est une hypocondriaque de quatre-vingts ans, rien ne la contente ; elle se plaint de tout et de tous. Elle n'est préoccupée que de sa santé ; couchée, elle veut se lever, dans la chambre il lui faut le grand air, dehors l'air la fatigue et il faut la rentrer.

L..., âgée de soixante-quatorze ans, est entrée à Sainte-Anne après un séjour de neuf ans à l'Asile de Villers-Cauterets.

Déjà deux fois dans sa vie, après la guerre de 1870 et en 1881 à l'époque de la ménopause, elle avait présenté des bouffées délirantes de persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, qui avaient disparu après une durée variable. En juin 1897, à Villers-Cauterets, le travail a recommencé tout à coup ; on s'est mis à la faire parler, on lui faisait faire une confession générale. Puis elle a été insultée, injuriée, poussée à bout, on ne cessait que lorsqu'elle avait répondu — par la pensée, dans l'estomac. Elle a compris que c'était « la visuelle qui la travaillait » ; elle a même reçu trente-trois coups de lance dans le corps.

Un jour un ange est venu la défendre, c'était lui qui répondait aux insulteurs. La voix sortait de sa poitrine ; et elle a entendu dire : « L... a gagné le gros lot à la loterie du gouvernement, elle a gagné le château de François Ier. »

Dans les autres bouffées délirantes, elle n'avait jamais manifesté d'idées de grandeur ; aujourd'hui elle réclame encore ce château et diverses obligations.

Les malades de ce genre, et leur nombre en est grand à la colonie, sont des aliénés et personne ne le met en

doute. Il n'en est plus de même pour certains déments que le Dr Garnier appelle des cérébraux et pour lesquels il demande des établissements hospitaliers où leur placement paraît ordonné en dehors des règlements relatifs aux aliénés.

L'observation quotidienne ne nous montre pas l'existence de ces cérébraux séniles capables de vivre dans un établissement autre que dans un Asile. Si vraiment leur nombre est tellement grand qu'il soit le 1/6 des entrées dans les Asiles de la Seine, ce n'est pas à la Colonie de Dun qu'on les envoie.

Pour nous, la transition se fait insensiblement entre ces démentes à idées délirantes encore assez nettes et les démentes qui n'ont plus d'idées à proprement parler, mais des tendances à la persécution, à l'hypocondrie. Par suite de la sensibilité, les opérations intellectuelles se troublent, les perceptions deviennent confuses, la mémoire des faits récents est abolie, et de cet état naissent des récriminations bizarres, des idées de persécution. Elle croit qu'on lui boit son vin dans son verre à table, et s'ingénie à empêcher ces vols qu'elle ne s'explique pas en fermant hermétiquement ce dernier. Elle accuse ses compagnes, son nourricier, s'agite, devient turbulente.

D'autres sont d'une méfiance exagérée, leurs récriminations sont injustes et continuelles.

C'est, en somme, cette exagération pathologique des modifications du caractère des vieillards seul qui a provoqué leur internement. Les hôpitaux, les maisons d'assistance des vieillards, les familles n'ont pu les supporter et les conserver, quand l'absence de toute idée de discernement, leur inconscience ne les a pas exposés à commettre des actes nuisibles ou dangereux.

Sur trente-deux réintégrations effectuées en cinq ans, dix se rapportent à des démences séniles, 30 °/₀ environ. Ces démentes séniles à cause de leur turbulence ne purent pas être maintenues à Dun, où cependant les nourriciers sont habitués maintenant à vivre avec des malades. Toutes les démentes séniles ne peuvent donc pas être admises à la Colonie, et c'est sans doute ce qui explique l'écart qu'il

y a entre le nombre de ces démentes qui entrent dans les Asiles, 1/6 des entrées, et la faible proportion que les médecins des Asiles peuvent nous envoyer.

Sans vouloir discuter la question de savoir si ces cérébraux séniles sont ou ne sont pas des aliénés, ni chercher à établir le point où commence l'aliénation mentale, il est un point où tout le monde est d'accord, c'est qu'il faut assister ces déments, que les refuges des vieillards ne leur conviennent pas et qu'ils ne sont pas non plus à leur place dans les hôpitaux de traitement d'aliénation mentale, tels qu'on conçoit aujourd'hui l'Asile d'aliénés. La création d'un hospice exclusivement réservé à ces malades suffira-t-il ? Non, à moins que cet hospice, sous la direction d'un médecin spécialiste, ses divisions, la multiplicité de sa surveillance, n'arrive à revenir à l'asile actuel. Ce qu'il faut aux éléments séniles ce sont des soins et une surveillance de tous les instants. Où trouvera-t-il ces conditions mieux que dans une colonie, où non seulement les membres de la famille où il est placé le surveilleront activement, mais aussi et d'une façon détournée tous les habitants de la ville ?

Les habitants de Dun d'abord mis en contact avec les déments séniles s'habituèrent vite par là même à vivre avec les aliénés de toute catégorie, et même on peut dire qu'ils virent arriver avec joie des malades peut-être plus délirants, mais moins difficiles à vivre et à surveiller.

Les démentes organiques présentent le même état mental avec quelques modifications : l'émotivité, la sensiblerie sont peut-être plus accusées ; au point de vue physique, l'impotence due à leur paralysie des accidents spasmodiques, des détentes épileptiformes, tout en n'empêchant pas le maintien des malades dans les familles, demande encore des soins plus assidus et une surveillance plus attentive.

Parmi ces 80 démentes organiques, nous avons compris 10 paralytiques générales ; 5 d'entre elles rentrent dans la catégorie des paralytiques à longues rémissions, qui ont été signalées comme pouvant en imposer pour des pseudo-paralysies curables.

Celles-ci bénéficient de l'assistance familiale et en jouissent. Il n'en est plus de même des 5 autres en lesquelles l'évolution plus rapide de la maladie a vite amené la déchéance complète des forces physiques et psychiques : leur euphorie du début s'est vite transformée en une indifférence totale et leur nombre va grossir rapidement celui des gâteux, dont nous aurons plus loin à nous occuper.

La proportion de nos paralysies générales n'est cependant que de 1,8 %, déjà inférieure à celle de Gheil qui en compte 2 % et au-dessous de Larneux 7 % et de Dalldorf 10,4 %.

Là encore on ne peut dire que les paralytiques généraux peuvent ou ne peuvent pas fournir des membres à la Colonie familiale, si le plus grand nombre se montre incompatible avec cette vie, certains d'entre eux peuvent y vivre et en bénéficier.

C'est surtout pour les délires systématisés, pour les délires des persécutions que la solution individuelle des malades est nécessaire et donne des résultats des plus intéressants. Nous avons dit plus haut que M. le Dr Peters, en 1882, excluait théoriquement de sa colonie les malades présentés, à cause de leurs récriminations, de leurs tendances ambitieuses, etc.

Cependant dans sa statistique de 1897 ces malades forment presque le cinquième de sa population, 18,7 %, proportion qui se rapproche complètement de la nôtre, 18,5 %.

A Larneux, la proportion des entrées en 1896-97, n'est que de 7,7 %. A Dun nous avons pu atteindre cette grande proportion d'abord à cause de la sélection opérée entre les persécutés et aussi à cause de l'âge avancée de nos malades et de la période de leur maladie. Tout le monde sait, et M. Falret en a fait depuis longtemps la remarque, que les réactions dangereuses des persécutés se montrent dans les premières périodes de leur psychose, alors que les troubles sensoriels, les persécutions qu'ils subissent, trouvent un terrain neuf, une énergie intacte. Progressivement leur énergie se fatigue et dans la période de persécution se produit une phase de résignation.

« Vous devez me trouver bien lâche, nous disait Mlle C..., persécutée systématisée, de ne rien faire pour recouvrer ma liberté, mais j'ai tout fait pour lutter contre l'influence du clergé, et je n'ai réussi qu'à me faire interner pendant douze ans. Je ne perds pas tout espoir et quand la séparation de l'Eglise et de l'Etat sera votée nous verrons. Je considère déjà comme une victoire d'avoir été amenée à Dun de l'Asile de B... »

Mlle C... en effet a pendant la première période de sa maladie tenté toutes les démarches, fait toutes les réclamations possibles. Aujourd'hui, elle a conservé tout son système de persécution, elle est toujours entourée d'espions cléricaux et sous leur domination ; mais elle est résignée. Elle proteste toujours, elle se plaint, mais elle travaille régulièrement et peut vivre en famille.

Nous rencontrons fréquemment cette phase de résignation chez les malades de la Colonie, peut-être est-elle artificielle, c'est-à-dire due à un long internement antérieur, elle n'en est pas moins intéressante à constater. Ce n'est du reste pas une résignation complète, totale. Sous diverses influences mal définies encore, peut-être climatériques, survient une recrudescence des troubles sensoriels, une nouvelle orientation des idées de persécution, accompagnées de récriminations, de demandes de changement, de tentatives de déménagement, en quelque sorte. Alors une simple mutation de nourriciers, un changement de rue, de quartier, de ville même puisque nous pouvons les transférer dans un amont voisin, le retrait pendant quelques jours à l'infirmerie centrale suffisent à calmer pour longtemps cette exacerbation.

Ce sont les mêmes malades qui, dans les Asiles fermés, constituent la plus grande partie des travailleurs; par suite de la systématisation complète de leur délire, il se forme comme un dédoublement de la personnalité : une personnalité délirante victime du clergé, des francs-maçons, forme d'être bon Dieu, etc., et une personnalité agissante, travaillant avec intelligence et très à même d'apprécier les douceurs et les avantages de la vie familiale.

Arrivés à cette phase, les persécutés sont aptes à la

colonisation familiale et sont très recherchés par les nourriciers.

Il en est d'autres encore qui, moins résignés, plus délirants, peuvent aussi non seulement vivre à la colonie, mais bénéficier de cette vie ; ce sont ceux qui, par leur tempérament, par leur éducation ne sont pas portés aux récutions dangereuses, ceux par exemple qui, pour toute récution, se bornent à écrire. L'observation individuelle seule peut les désigner.

Enfin à la période mégalomaniaque du délire le dédoublement de la personnalité est encore plus nette et le millionnaire ou le roi condescend à vivre dans une chaumière et à s'y trouver bien.

La proportion de nos malades atteintes de mélancolie est de 13,3 %, supérieure à celle de Gheil 8,4 %, à celle de Larneux 7,7 %, à celle du Dr Lawson 2,4 %; et sur nos 75 mélancoliques, 56 d'entre elles sont portées comme ayant eu des idées de suicide et 16 comme ayant eu non seulement des tendances, mais comme s'étant livrées à des tentatives variées et réitérées.

A priori, les idées de suicide paraissent être au plus haut point incompatibles avec le mode d'assistance familiale et avec tout mode d'assistance où la liberté est plus grande qu'à l'Asile fermé. Il semble qu'une surveillance de tous les instants soit indispensable pour éviter les suicides, et même souvent elle est insuffisante, puisque dans les Asiles les mieux tenus de pareils accidents se présentent.

Nous avons vu que l'article 18 de la loi belge excluait de la colonie de Gheil les malades à idées de suicide.

M. le Dr Peters *(loco citato*, p. 54) se montre moins rigoureux. Déjà, en 1883, « il se propose de s'entendre avec l'Administration pour l'admission de certains malades signalés comme ayant des idées de suicide. Il pense que ceux-ci s'en trouveront bien et qu'il n'aurait qu'exceptionnellement des accidents à regretter ».

La Clinique démontre qu'il a eu raison, et c'est bien là sans doute le fruit de la longue expérience de nos confrères des Asiles de la Seine qui n'ont pas craint de nous

envoyer 79 malades à idées de suicide, dont plusieurs avaient fait de nombreuses tentatives, et nous avons vu que la proportion des accidents arrivés à la colonie est plutôt au-dessous de la moyenne des Asiles ordinaires.

C'est, qu'en effet, la folie suicide n'est pas une entité morbide : les idées de suicide se rencontrent dans un grand nombre de maladies mentales, et, suivant le terrain qui les fait naître, le danger qu'elles présentent est variable.

Nous avons vu que parmi nos malades un grand nombre étaient atteintes de mélancolie « a miseria ». Cette affection survient d'ordinaire après la ménopause, au moment où les forces mentales et physiques commencent à décroître, à l'heure aussi de la solitude, souvent après la mort du mari, le départ des enfants qui, établis de leur côté, ont leurs charges. A ce moment les difficultés de la vie présente paraissent lourdes, la lutte pour le travail, pour l'existence est dure, l'avenir est incertain, sombre, le découragement apparaît, suivi bientôt d'idées mélancoliques, puis des idées et des tentatives de suicide. C'est la mélancolie légitime dont parle Lasègue, et les idées de suicide sont le produit direct de cet état.

Mais qu'un mode d'assistance quelconque survienne, fasse disparaître la misère présente et éclaircisse l'avenir, les troubles cessent et les idées de suicide sont bannies. Plus le mode d'assistance est libéral, plus grande est la somme de bonheur sous forme de liberté, de douceur dont peut jouir le malade, moins ces idées auront de chances de retour. On a vu dans des Asiles fermés ces états de mélancolie légitime guéris par le bien-être de l'Asile, reparaître sous l'influence de la privation de la liberté, privation que les malades sont tentés de considérer comme un châtiment. Et cependant cette assistance, cet aide doit durer toute la vie, car, remettre en liberté ces affaiblis, c'est les exposer à une rechute presque fatale.

L'histoire de la vie de ces malades est toujours la même et peut être esquissée en quelques lignes : « Après une existence de travail et de peine, ils ont perdu la force physique et l'énergie morale nécessaires à la lutte pour l'exis-

tence, ils ont vu mourir les êtres qu'ils aimaient et, se trouvant isolés, découragés, ils cherchent un refuge dans la mort.

Telle Mme T.., une de nos pensionnaires de 72 ans, des plus fraîches et des plus valides pour son âge ; son caractère aujourd'hui est enjoué, elle est très heureuse à Dun et le proclame. Elle a cependant eu son heure de tristesse et de découragement et a fait une tentative de suicide par asphyxie. Son mari est mort en 1883, sa fille s'est mariée, son fils l'a quittée. Elle s'est trouvée seule à 57 ans, travaillant à faire des buscs de corset et gagnant ainsi près de 2 fr. par jour ; mais en même temps qu'elle avançait en âge, son habileté diminuait et son gain baissait. Bientôt elle dut accepter une place de concierge (100 fr. par an).

En 1893, cette place même était trop lourde pour elle et elle devait songer à la quitter ou à faire des dettes qu'elle n'aurait pu payer. Son honnêteté se révolta. Elle était trop timide et trop fière pour s'adresser à l'Assistance publique. Profondément découragée devant son avenir si sombre et si incertain, l'idée du suicide se présenta et elle fit une tentative très sérieuse d'asphyxie.

Mme D... nous présente la même histoire, son mari meurt, ses filles la quittent et tournent mal (?) Son fils est marié et elle se trouve seule avec un enfant de 14 ans à élever. Piqueuse de bottines, l'affaiblissement de sa vue l'oblige à renoncer à son métier, elle vend des légumes dans la rue, mais bientôt elle succombe, etc., etc.

De même Mme P..., après la mort de son mari : elle vit avec sa fille du produit de son travail, quand celle-ci meurt lui laissant un enfant en bas âge. Elle perd tout courage et cherche à s'asphyxier. L'intoxication oxy-carbonie produisit chez elle un singulier phénomène d'amniésie. Elle perd la mémoire des faits qui se sont produits depuis la mort de son mari et y compris cette mort. Sortie de l'hôpital et se retrouvant toujours aussi dénuée de ressources, elle renouvelle sa tentative et est amenée à l'Asile.

Aujourd'hui, elle va mieux, quelques souvenirs se sont ravivés, mais le principal de ce qu'elle sait de son existence elle l'a appris des autres. Mme P... est également très heureuse à Dun et ses idées de suicide sont à jamais bannies de son cerveau.

A côté de ces mélancoliques légitimes, déjà affaiblis par l'âge, qui considèrent le suicide comme le seul libérateur de la misère et de ses terribles conséquences, se trouvent des malades plus jeunes, non pas affaiblis, mais qui ont été toujours faibles, toujours inaptes à soutenir la lutte pour l'existence, toujours vaincus à l'avance, nous voulons parler des dégénérés héréditaires.

Pour ceux-là la tentative de suicide est une réaction banale ; à la moindre contrariété, au moindre échec ils songent à en finir avec une existence trop pénible pour eux. Il leur faut un soutien, une direction, souvent la solitude leur est mauvaise conseillère. Aussi voyons-nous l'Assistance familiale leur être d'un très grand secours dans leur entourage ; d'une part, la direction médicale qu'ils sentent au-dessus d'eux, cette tutelle légère, il est vrai, mais réelle, sous laquelle ils sont placés, leur suffisent pour leur donner goût à l'existence et au travail. Ce sont encore des malades que l'internement complet pourrait désorienter et qui, à la colonie, se trouvent heureux et apprécient leur bonheur.

M... est une de nos pensionnaires les plus connues de la ville. Son habileté comme blanchisseuse la fait très rechercher, son caractère enjoué, son humeur facile et agréable l'ont fait apprécier de beaucoup d'habitants. Depuis son arrivée à la colonie, aucune remarque n'a été faite sur son compte, elle travaille régulièrement, son état mental semble suffisant.

Cependant si on examine son histoire, on est surpris de voir combien elle est chargée d'incidents dramatiques. Elle a avalé un paquet d'épingles, elle a bu du laudanum, absorbé de la mort aux rats, a tenté de s'asphyxier avec un réchaud, s'est jetée dans la Seine par-dessus le pont de Saint-Ouen, s'est blessée bien souvent à la tête en se lançant contre les murs. Et les motifs de ces tentatives nous les trouvons toujours futiles, disproportionnés avec les réactions qu'elles ont amenées. C'est qu'aussi nous avons affaire à une héréditaire : mère, tante maternelle, frère ont été aliénés.

C'est encore une héréditaire que Mme D... Elle aussi a fait de multiples tentatives de suicide ; deux fois elle s'est jetée dans la Seine, la nuit ; une autre fois elle s'est élancée devant un

train en marche, d'autres fois elle a bu du laudanum, etc., etc. Sa mère, elle aussi, avait des idées de suicide, et notre malade en quelques années a vu mourir successivement ses enfants, son mari et sa mère. Alors, l'idée obsédante du suicide ne la quittait plus. Internée trois fois, améliorée pendant l'internement, elle rechute aussitôt sa sortie.

A Dun, elle vit dans la même famille depuis trois ans ; elle se trouve heureuse, tranquille et n'a plus jamais eu de pareilles idées.

V... est aussi une héréditaire dont la grand'mère et la tante maternelle, le frère ont été aliénés, qui a des stigmates physiques et psychiques de dégénérescence. Elle a été longtemps poursuivie par l'idée obsédante que son frère avait été enterré vivant. En liberté elle a fait des tentatives de suicide multiples et vaines ; sous notre direction et placée, il est vrai, près de l'infirmerie, elle mène depuis cinq ans une vie régulière et heureuse.

Une dernière : A... est le type de ces dégénérées à qui la direction est indispensable. Tant que sa mère a vécu, elle était très bien, travaillant même pour subvenir aux besoins de sa mère. Cette dernière vient à mourir, elle se trouve isolée, désorientée. On lui suggéra, dit-elle, de se jeter dans la Seine, et elle obéit immédiatement à la suggestion.

Jusqu'à présent nous avons passé en revue des malades poussés au suicide, des *suicideurs* guéris pour ainsi dire. Aux premiers, l'Assistance familiale donne le bien-être, la sécurité de l'avenir ; aux seconds, la direction, l'appui moral qui leur est nécessaire et « Sublata causa, tollitur effectus », la cause ayant disparu, l'effet aussi disparaît.

Nous avons d'autres malades chez lesquelles les idées de suicide sont fonction d'un état mental troublé, d'un état délirant persistant, et qui, par suite, sont toujours là présentes. Chez les mélancoliques, en effet, les troubles cénesthétiques et la dépression, ainsi que les phénomènes délirants qui en découlent sont, on peut dire, toujours accompagnés des idées de suicide. Cette idée est la conséquence logique du délire mélancolique, elle n'est cependant pas toujours dangereuse. C'est que les mélancoliques chroniques que nous citons, si elles parlent toujours de leur idée de suicide, ne cherchent que bien rarement à

passer de l'idée à l'action, et même si parfois elles le désirent vivement, *elles ne peuvent pas vouloir*. Il faut, dans ce cas, une surveillance plus active, car on doit toujours craindre une impulsion, un raptus.

Mme C... est un exemple frappant : c'est une mélancolique souffrant d'hallucinations multiples et d'une grande acuité : on l'injurie, l'électrise, l'empoisonne, on la défigure, lui enlève la couleur de ses cheveux, de sa peau, on lui travaille la matrice, etc.

Impuissante à échapper à tous ces tourments, elle se plaint sans cesse, elle cherche à lutter par tous les moyens possibles, elle se bouche les oreilles, s'enveloppe les organes génitaux d'une façon spéciale, etc., etc. Elle est découragée, déprimée, depuis longtemps elle a songé au suicide et pensé que la mort serait la fin de ses tourments, elle en parle souvent, nous en menace si nous sommes impuissants, nous aussi, à la défendre. Mais depuis trois ans jamais elle n'a fait l'ombre d'une tentative. Il semble qu'elle dépense toute son énergie en lamentations, en plaintes. Il est vrai de dire que nous nous sommes toujours fait un devoir d'écouter avec patience le récit de ses tourments et que toujours nous l'avons renvoyée plus calme et avec plus d'espoir, grâce à quelques bonnes paroles, ou grâce à une bouteille de médicament.

Enfin, il est d'autres malades dont les impulsions au suicide sont si impérieuses que les nourriciers sont incapables de fournir une surveillance suffisamment rigoureuse de jour et de nuit pour éviter l'accident.

Telle C..., délirante mystique, qui, en quelques jours, tenta à deux reprises de s'étrangler et qui dut être réinternée à l'Asile de Beauregard.

Les persécutés aussi, quand ils sont résolus au suicide, sont très dangereux. Nous avons dû aussi réintégrer Y..., une persécutée systématisée qui, en proie, disait-elle, à une bande de somnambules qui abusaient d'elle, avait résolu de se donner la mort si, tel jour, telle heure elle n'avait pas obtenu son retour à Paris.

Nous n'avons pas voulu attendre le délai fixé par elle et l'avons réintégrée avant.

Avec nos 10 ma'ades expansives, que nous donnons la proportion de 1,8 °/₀, nous restons au-dessous de Gheil qui compte 109 maniaques, c'est-à-dire 5,4 °/₀ et surtout de l'Ecosse où le Dr Lawson a dans sa population 19,8 °/₀ de maniaques. Lierneux en a reçu 15 °/₀.

Encore ne qualifions-nous pas nos malades de maniaques, ce sont des expansives avec excitation intellectuelle, verbigération. Leurs monologues, leurs chants, n'attirent plus l'attention de personne, mais elles sont cependant d'un placement difficile à Dun, car elles troublent le repos de leurs compagnes et des nourricières, elles se lèvent dès l'aube et se répandent volontiers en disputes violentes, émaillées d'interpellations imagées. Elles constituent cependant un précieux moyen d'éducation vis-à-vis de certaines nourricières dont il y a lieu de former la patience.

Il doit en être de même pour Gheil, car bien que ces malades soient placés à la campagne, nous voyons cependant qu'en 1883, sur 178 hommes atteints de manie et variétés, 148 travaillaient et sur 212 femmes maniaques 167 s'occupaient au ménage, etc.

Il ne peut être question ici d'états maniaques vrais qui, tout le monde le sait, demandent une surveillance active et sont incompatibles avec tout travail suivi et profitable; certains maniaques au contraire, chroniques, aiment à se donner du mouvement, à desherber le jardin, à piocher, et une bonne direction arrive à transformer en travail utile leur excitation neuro-musculaire.

En Belgique et en Ecosse les idiots et les imbéciles constituent la majorité des membres de la colonie familiale. Gheil en compte 716, c'est-à-dire 37 °/₀, Lierneux en deux ans en a reçu 53, c'est-à-dire 34 °/₀, le Dr Lawson dans sa statistique indique 49,8 °/₀ d'imbéciles et 15,7 °/₀ d'idiots, ce qui donne un total de 65 °/₀ tandis que la colonie de Dalldorff n'en compte que 17,5 °/₀ et celle de Dun 3,7 °/₀.

Cette proportion est on le voit très faible et le chiffre de

21 ne comprend en réalité que des imbéciles; nous n'avons pas d'idiots à proprement parler et nous n'en désirons pas.

L'idiot en effet ne paraît pas apte à bénéficier de l'assistance familiale telle qu'on la pratique à Dun. Au plus bas degré de l'échelle, lorsqu'il est réduit à la vie végétative, tout le monde, et M. le Dr Peters le premier, est d'accord pour l'exclure de la balance. Les soins constants qu'il réclame, l'hygiène spéciale qui le fait vivre, lui seront donnés plus facilement dans un établissement spécial. Mais l'idiot simple, l'imbécile assez bien développé physiquement, ne peut lui non plus vivre de la vie de famille : chez lui en effet, non seulement les facultés intellectuelles mais les facultés morales sont atrophiées, les centres médullaires jouent un rôle prédominant. Ils sont gloutons et voleurs, érotiques et masturbateurs, etc. Dans les familles, il leur faut une surveillance étroite ; à Gheil on les renferme dans leurs chambres fermées aux verroux, on leur met des gants de cuir aux mains, etc., alors ce n'est plus le mode d'assistance libérale, ce n'est qu'un mode d'assistance plus économique.

Le nourricier, objectera-t-on, peut les faire travailler ? mais à quelle occupation ? à tourner la roue d'un moulin comme à Gheil pour remplacer le chien de la maison, à battre du beurre, à faire un travail mécanique fatigant, encore faut-il qu'il soit sous les yeux de son nourricier ; car loin de lui le travail qu'il pourra faire sera tellement insuffisant et impropre, que ce dernier renoncera vite à l'occuper.

Cependant l'idiot et l'imbécile peuvent travailler et il le faut quand ils sont entraînés par l'exemple et soumis à une discipline. Il faut que celui qui les surveille ne travaille pas lui-même mais qu'il s'occupe toujours de leur tâche. C'est ce qui pourrait se faire dans des colonies agricoles, dans la culture maraîchère par exemple, où, sous l'œil d'un surveillant-jardinier, leur activité muante pourrait être utilisée.

L'expérience des Asiles de province est là pour le prouver, les groupes de travailleurs comprennent de nom-

breux idiots et imbéciles qui bien encadrés, bien dirigés, font une besogne toute de routine, mais utile et productive.

Cette exclusion ne s'applique pas à tous les idiots et à tous les imbéciles, il en est au contraire, et les 21 que nous possédons en sont la preuve, chez qui les facultés morales ne sont pas plus développées que les intellectuelles; alors ils sont au contraire très susceptibles d'attachement, de reconnaissance des soins qu'on leur donne et par suite très faciles à diriger.

Ceux-ci sont d'ordinaire sur le fronton de l'imbécillité et de la débilité mentale et un bien grand nombre de débiles trouvent et peuvent trouver leur place à la Colonie. C'est en eux en effet que l'on trouve « ces vaincus avant la lutte » dont nous avons déjà parlé et qu'une simple direction, un simple appui suffit à soutenir. Ils trouvent cela dans la famille qui les reçoit et dans le médecin qui les soigne et alors ils peuvent vivre heureux et apprécier leur bonheur.

Si maintenant nous passons à l'étude de ces réintégrations nous constatons que sur 673 entrées, nous avons de ces réintégrés à l'Asile 32 malades, ce qui donne la proportion de 4,7 %. Nous savons déjà que Gheil en a réintégré 17 %; à Lierneux en 1895 et 96 sur 155 entrées 48 réintégrations ou 31 %. Enfin à Ekaterinorlow où le patronage familial a été inauguré sur une grande échelle puisque 20 % des malades de l'Asile furent placés, nous voyons sur 195 admissions 169 réintégrations. Il ne faut pas prendre cette proportion à la lettre, car on compte comme réintégration tout retrait à l'Asile précédant un changement de nourricier par exemple.

Toujours est-il que le petit nombre de mes réintégrations sont au système même de formation de la Colonie par sélection et que nous considérons cette sélection comme un progrès réalisé, car surtout en Belgique, où les Colonies sont susceptibles de recevoir des malades curables, ces réintégrations constituent des retards au traitement réel des malades et leur sont préjudiciables.

Les 32 réintégrations ont été provoquées par des causes qui peuvent se décomposer ainsi :

Turbulence	10
Idées de persécution et hallucinations. .	6
Excitation maniaque	8
Idées de suicide.	4
Tendance érotique.	1
— au vagabondage	1
— dypsomaniaque	1
Gatisme	1

Si nous cherchons à tirer des conclusions de ce travail nous voyons que s'il est impossible d'indiquer les catégories de malades aptes à bénéficier du placement familial, il est possible dans toutes les catégories de trouver des individus remplissant les conditions voulues.

Il est des déments, des persécutés, des mélancoliques, des dégénérés, des imbéciles pour qui le patronage familial sera un mode d'assistance bienfaisant, salutaire même. « Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades » est un aphorisme des plus justes qui trouve son application dans le traitement des maladies mentales. On ne peut dire : à telle catégorie convient le repos au lit, à telle autre l'assistance familiale, mais c'est le médecin qui, après un examen individuel approfondi, est le seul juge de l'opportunité de tel ou tel mode de traitement et de tel ou tel mode d'assistance.

L'examen individuel minutieux complet des malades, non seulement dans son état actuel, mais dans son passé et dans son hérédité domine donc, comme partout, toute la thérapeutique mentale et c'est l'étude du sujet dans son tempérament, dans ses tendances, dans ses appétits, aussi bien que l'étude de son état mental troublé qui doit être le seul criterium du placement.

Cet examen se pratique dans les Asiles de la Seine et nous ne saurions trop remercier nos collègues du soin qu'ils mettent dans leur sélection et qu'indique notre faible pourcentage de réintégration.

Nous serions heureux, si cette étude clinique pouvait éclairer encore leur décision, faire élargir le cadre des malades qu'ils nous envoient, enfin si les résultats obtenus à la balance pouvaient décider l'Administration à exiger le placement des aliénés convalescents.

La séance est levée à dix heures.

Jeudi 4 Août (Soir)

L'ordre du jour a été interverti.

La visite à Saumur qui devait avoir lieu le samedi 6 doit être faite aujourd'hui. Elle présente un attrait tout particulier.

M. le Dr PETON, maire de Saumur, dans le but d'être agréable à MM. les Congressistes a eu la délicate pensée de demander à M. le Général de l'École de cavalerie des cartes particulières d'entrée pour la répétition générale du Carrousel qui a lieu chaque année à pareille époque, aussi tous les Membres du Congrès sont rendus à la gare à 11 heures 55 pour aller voir cette représentation unique en France.

Le train arrive à Saumur à 1 heure. Les uns prennent le tramway, les autres des voitures pour se rendre à l'Hôtel de Ville où M. le Maire attend MM. les Congressistes. M. le Dr Peton nous reçoit avec la courtoisie la plus gracieuse, la plus cordiale.

Il se met à notre disposition pour nous faire visiter toutes les particularités de l'Hôtel de Ville. très remarquable par sa belle architecture, par ses curieuses et riches collections archéologiques. Dans la vaste salle des séances du Conseil, M. le Maire fait servir un vin d'honneur et c'est la coupe en main, nous faisant savourer le délicieux vin mousseux des coteaux de Saumur, qu'il nous souhaite la bienvenue dans cette délicate allocution :

Mesdames,

Messieurs,

Je souhaite la bienvenue aux Membres du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France qui ont répondu à l'invitation de la Municipalité de Saumur. Je

remercie les dames, qui sont comme l'ornement et la gracieuse parure du Congrès, d'avoir bien voulu accompagner leurs maris dans ce pèlerinage scientifique. Puissent-elles emporter un bon souvenir de leur trop court séjour dans notre cité !

Je lève mon verre en l'honneur de notre éminent compatriote, votre aimable président, M. le docteur Motet, membre de l'Académie de Médecine, qui a tant de droits à notre sympathie et à notre respect Je ne saurais oublier M. Regnard, inspecteur général des services administratifs, qui représente si dignement aujourd'hui parmi nous le gouvernement de la République.

A Monsieur le docteur Motet !

A Monsieur Regnard !

M. le Dr MOTET, dans une fine réponse dont lui seul a le secret, tout en adressant à M. le Dr Peton les remerciements du Congrès lui exprime le vif plaisir qu'il éprouve de venir dans cette bonne ville de Saumur où il a des attaches toutes personnelles. Il sait avec quel dévouement M. le Maire se consacre à sa tâche, il connaît les grands services rendus par lui, à la ville, surtout aux faibles, aux déshérités, aux malheureux — en cela, M. Peton ne fait que suivre le noble exemple de toute sa famille, surtout de son père dont la mémoire ne saurait périr dans l'arrondissement par le bien qu'il y avait répandu dans tout le cours de son existence.

M. le Dr REGNARD dans une chaleureuse improvisation fait l'éloge des habitants de Saumur.

M. le Dr PETON conduit ensuite MM. les Membres du Congrès au Carrousel, aux places qui leur ont été réservées.

Le Carrousel commence à trois heures par le défilé des officiers, disposés en quadrille, ils exécutent les exercices les plus variés. Les écuyers de l'École, chargés de l'instruction des officiers, viennent ensuite faire travailler leurs chevaux, devant la tribune officielle. Un moment de repos est accordé aux cavaliers

qui se rangent ensuite en bataille pour simuler toutes les phases d'un combat : la poursuite de l'artillerie par la cavalerie, l'attaque, la victoire de l'artillerie, la retraite.

Le Carrousel se termine à cinq heures et demie par des sauts en hauteur. 4, 8, 12, 16 et enfin 32 chevaux franchissent en même temps des barrières avec un ensemble des plus parfaits. L'aspect est grandiose.

Ces différents exercices ont provoqué les applaudissements de MM. les Congressistes. Tous étaient heureux d'avoir pu assister à cette représentation.

Les Membres du Congrès se séparent. Les uns, pour visiter la ville, les autres pour rentrer à Angers, emportant de leur visite un souvenir des plus durables et remerciant tous M. le Dr Peton de l'accueil sympathique qu'ils ont reçu.

Séance du vendredi 5 août (Matin)

Présidence de M. MOTET

La séance est ouverte à neuf heures.

La parole est donnée à **M. MIRAILLÉ**, de Nantes, qui lit une notice sur : *État du facial supérieur et du moteur oculaire commun dans les hémiplégies faciales de l'adulte.*

Dans deux communications récentes à la société de Biologie j'ai étudié l'état du facial supérieur et du moteur oculaire commun dans l'hémiplégie cérébrale.

La doctrine classique veut que dans l'hémiplégie cérébrale, le facial supérieur soit intact, et cela parce que son centre est isolé de celui du facial inférieur et situé au niveau du pli courbe. Déjà Coingt, Berger, Potain et son élève Simonneau avaient soutenu la fréquence de la parésie du facial supérieur dans l'hémiplégie et protesté contre la théorie classique, mais leur voix était restée sans écho. Récemment Puglise et Mille dans deux travaux successifs démontraient la fréquence de la parésie du facial supérieur. Nous-même, avec nos excellents internes MM. Anis et Gautret nous étudions trente hémiplégiques et nous arrivions aux conclusions suivantes. A première vue le facial supérieur semble le plus souvent indemne, cependant si on y regarde de plus près, sa paralysie est facile à démontrer. Si l'on prend comme point de repère l'angle externe et inférieur de l'orbite, toujours facile à sentir sous les téguments, on met en lumière la diminution

de l'espace qui sépare cet angle de la queue du sourcil du côté paralysé par rapport au côté sain. Les rides du front sont le plus souvent moins accentuées du côté paralysé. Mais la parésie du facial supérieur se montre surtout quand on fait exécuter et mieux répéter plusieurs mouvements successifs d'abaissement et d'élévation au sourcil : le sourcil paralysé obéit moins vite à la volonté, il part en retard sur son congénère, s'élève par saccades et s'arrête plus bas que le sourcil sain. Mêmes phénomènes pour la descente, de sorte que le champ d'extension du sourcil paralysé se trouve diminué. Le sourcil paralysé résiste moins aux mouvements passifs (Legendre); enfin le malade est souvent incapable de fermer isolément l'œil du côté paralysé (signe de Revillod). Mais ce dernier symptôme n'a de valeur que quand le malade pouvait fermer chaque œil isolément avant la paralysie.

Le facial supérieur n'est d'ordinaire que parésié et seulement dans le cas où le facial inférieur est lui-même atteint. Quant celui-ci est intact, le facial supérieur l'est toujours. La parésie du facial supérieur est toujours moins prononcée que la paralysie du facial inférieur. En outre le facial supérieur est chez l'hémiplégique beaucoup moins atteint que dans la paralysie faciale périphérique. L'intégrité relative, plus apparente que réelle, du facial supérieur tient à la synergie fonctionnelle de ce nerf avec le facial supérieur du côté opposé (Loo de Bevadbent, Charcot).

Cette constatation clinique est contre l'hypothèse classique du centre isolé et du trajet des fibres du facial supérieur par l'anse lenticulaire. Les recherches expérimentales de Ferrier, Bartolow, Simonneaux, les faits d'épilepsie jacksonnienne de Wemer, Hitzig, Féré, Marsan, les autopsies de Mills, Brissauds, Chvestek, Huguenin et deux autopsies personnelles démontrent que le facial supérieur a même centre et même trajet que le facial inférieur. (Notons que dans le traité de médecine de Debore, Achard, le sclérose des localisations cérébrales place ces deux centres au voisinage immédiat l'un de l'autre, ce qui est tout à fait d'accord avec notre manière de voir). Enfin à l'appui de nos conclusions nous pourrions encore faire

valoir ce fait que dans l'hémiplégie cérébrale infantile, la participation du facial supérieur est de règle (Gibotteau).

En examinant nos hémiplégiques nous avions été très frappés de ce fait paradoxal : le rétrécissement de la fente palpébrale du côté paralysé chez certains hémiplégiques. Le fait est classique ; son explication a peu sollicité les auteurs. Brissaud, rejetant la possibilité d'une lésion du moteur oculaire commun dans l'hémiplégie, admet le défaut de tonicité de l'orbiculaire, puis le releveur du point d'appui nécessaire pour conserver à la fente palpébrale sa largeur ordinaire. Cette explication est inadmissible. L'ouverture normale de la fente palpébrale est le résultat de l'antagonisme de deux faces opposées : la tonicité du releveur innervé par le moteur oculaire commun et qui tend à élargir la fente palpébrale et la toxicité de l'orbiculaire innervé par le facial et qui tend à fermer la fente palpébrale. Que le facial seul soit paralysé, et c'est ce qui arrive dans la paralysie faciale périphérique, l'orbiculaire perd toute tonicité, le releveur l'emporte alors et maintient la fente palpébrale largement ouverte. Cette constance de l'élargissement de la fente palpébrable rend inadmissible la théorie de Brissaud. Si la fente palpébrale est rétrécie dans certains cas d'hémiplégie, c'est que la tonicité du moteur oculaire commun est diminuée. Ce nerf en effet, nerf volontaire, doit avoir un centre cortical, qui peut être lésé dans l'hémiplégie ; si sa parésie est très peu accentuée, cela tient encore ici à la synergie de tels mouvements avec ceux des autres nerfs moteurs oculaires, et l'hémiplégie le frappe dans son muscle le moins synergique, le releveur palpébral.

Telles étaient nos conclusions. Depuis nos communications nous avons pu examiner quatre nouveaux cas d'hémiplégie. Voici le résumé de ces observations.

Observation I

M. X... quarante-trois ans, a vu se développer peu à peu à partir des premiers jours de juin 1898, une aphonie motrice avec paralysie faciale. Nous le voyons le 10 juillet. Aphonie mo-

trice incomplète, cécité verbale et agraphie; membre inférieur droit intact; membre supérieur droit parésié avec exagération du reflexe radial. Paralysie complète du facial inférieur droit; déviation très nette de la bouche, surtout accentuée quand le malade parle ou rit, bouche en point d'exclamation à grosse extrémité gauche; langue déviée à droite, joue flasque à droite. Le facial supérieur est nettement parésié. La queue du sourcil droit est plus rapprochée de l'arcade orbitaire, signe de Revillod (on ne peut savoir si le malade pouvait jamais fermer isolément l'œil droit); le sourcil droit s'élève par saccade, et s'arrête moins haut que le gauche. Son champ d'extension est donc diminué. La résistance aux mouvements passifs est diminuée. Les rides du front sont moins accentuées à droite. La fente palpébrale du côté droit est notablement rétrécie et moins ouverte que du côté sain.

Observation II

(Cette observation a été recueillie par M. Letourneux, externe des hôpitaux, dans le service de notre collègue et ami A. Monnier, qui a bien voulu nous permettre d'examiner les malades). — Femme cinquante-six ans, hémiplégie droite complète La fente faciale est déviée et relevée vers le gauche; l'asymétrie faciale est surtout évidente quand la malade pleure. Déviation de la langue du côté droit. La queue du sourcil est abaissée du côté droit et plus rapprochée de l'angle externe et inférieur de l'orbite. Le sourcil droit est en retard sur le côté gauche; il ne monte pas aussi haut et descend moins bas. La fente palpébrale du côté droit est un peu plus étroite que du côté gauche.

Observation III

(Due à l'obligeance de MM. A. Monnier et Letourneux). — Femme soixante-dix ans. Hémiplégie gauche incomplète. Asymétrie faciale, commissure buccale déviée et soulevée à droite : déviation de la langue à gauche. La queue du sourcil gauche est plus rapprochée de l'angle externe de l'œil que du côté droit. La fente palpébrale est rétrécie à droite.

Observation IV

(Recueillie par M. Brelet, interne des hôpitaux dans notre service). — Homme soixante-six ans, hémiplégie le 17 juillet,

sans attaque d'apoplexie, sans perte de connaissance. Actuellement hémiplégie gauche totale. Paralysie faciale du côté gauche ; effondrement de la joue, déviation de la commissure buccale tirée à droite, déviation de la langue à gauche. Les rides du front sont un peu moins prononcées à gauche ; la queue du sourcil est abaissée à gauche et plus rapprochée de l'angle antéro-externe de l'orbite. Quand le malade élève et abaisse les sourcils, les mouvements sont moins rapides à gauche, le sourcil gauche monte et descend moins vite, le mouvement se fait en deux ou trois saccades. Il remonte moins haut et descend moins bas que le sourcil du côté droit. La fente palpébrale est égale des deux côtés.

Telles sont nos nouvelles observations. Elles confirment tout à fait les conclusions premières. Dans les quatre cas le facial inférieur est paralysé ; dans les quatre cas la paralysie du facial est manifeste ; mais elle est moins accentuée que celle du facial inférieur, et elle a besoin d'être recherchée et mise en lumière. Les symptômes sont d'ailleurs identiques dans tous les cas et semblables à ceux que nous avions trouvés chez nos premiers malades.

Trois fois nous relevons le rétrécissement de la fente palpébrale. Y a-t-il là une série Lemeuce ? ou le rétrécissement de la fente palpébrale serait-il plus fréquent que ne semblaient l'indiquer nos premières recherches ? De nouvelles observations sont nécessaires pour trancher la question.

M. le D^r Ch. MIRALLIÉ (de Nantes)

Basophobie chez un hémiplégique : hémineurasthénie post-hémiplégique

Les associations des névroses avec les maladies organiques du système nerveux sont chose fréquente. Charcot et ses élèves Blocq, Souques, Babinsky et Vires ont étudié longuement ces associations névroso-organiques et ont

bien fait connaître l'importance de ces associations. Mais jusqu'ici les travaux publiés s'étaient adressés surtout à l'hystérie, quelques-uns plus rares à la maladie de Baredow ; la neurasthénie par contre semblait plutôt exister isolément, ou du moins ses associations se faisaient surtout avec d'autres névroses. L'hystéro-neurasthénie est de notion banale ; l'association de la neurasthénie avec le goître exophthalmique est déjà une exception ; parfois la neurasthénie s'allie à la paralysie générale, à moins que la paralysie n'ait débuté par une chose neurasthéniforme ; mais l'association névroso-organique de la neurasthénie est encore peu étudiée. Les traités récents sur la neurasthénie (Bouveret, Mathieu, Levillain, Blocq) ont signalé cependant son association possible avec le tabes, la paralysie générale spinale de Duchenne ; mais ces faits sont restés exceptionnels.

M. le professeur Grasset a publié une observation remarquable (IIe série des Leçons cliniques, leçon n° XVII), d'une association de la neurasthénie ou plutôt d'une hémineurasthénie, chez un hémiplégique. De là, des troubles de la marche, une sorte de phobie, relevant de la névrose et non pas de l'hémiplégie qu'ils venaient compliquer.

Il nous a été donné d'observer un malade dont l'histoire semble calquée sur celle du malade de M. le professeur Grasset et que la rareté nous engage à rapporter.

M. X..., âgé d'environ quarante-cinq ans, a été frappé subitement d'hémiplégie droite avec aphasie en 1895. Après une première période d'amélioration, le malade se soumit pendant un an à un traitement électrique qui n'eut d'autre résultat que d'exagérer la contracture et par suite de rendre la marche presque impossible. Cette aggravation fut le point de départ de troubles psychiques considérables.

Nous sommes appelés à voir le malade le 6 avril 1897. Les antécédents sont peu chargés. Son père et sa mère sont vivants et bien portants. Le malade a toujours joui d'une bonne santé ; il a toujours exercé la profession de boulanger, et était soumis, par suite de la distribution de la maison, à de brusques variations de température. Jamais d'affection vénérienne. Le malade

buvait beaucoup de vin blanc, parfois des apéritifs, l'éthylisme est indéniable.

L'hémiplégie droite est très accentuée. La face présente une dérivation nette vers la gauche, la commissure buccale est déviée de ce côté ; la langue tirée hors de la bouche s'incline fortement à gauche. Le facial supérieur droit est manifestement parésié : les rides frontales ont disparu, la queue du sourcil est abaissée ; le malade peut élever et abaisser les sourcils, mais par saccades et moins à droite qu'à gauche. La paralysie du bras est complète ; les segments du membre sont immobilisés en flexion par la contracture, les doigts sont repliés dans la paume de la main. La contracture est aussi très accentuée à la jambe ; le malade peut cependant lui imprimer des mouvements, plus facilement qu'au bras.

La force musculaire des membres est assez bien conservée, le malade résiste assez bien aux mouvements passifs de flexion et d'extension. Exagération considérable des reflexes rotatifs et radials droits ; trépidation épileptoïde du pied et de la main.

Aphasie motrice incomplète : difficulté à articuler les mots ; parle lentement (jadis il parlait très vite) : léger degré de paraphasie, change des syllabes dans un mot, ou dit un mot pour un autre ; s'en aperçoit et rectifie ; peut prononcer spontanément presque tous les mots. Cécité verbale, mais pas de cécité littérale ; aurait eu jadis de la surdité verbale qui aujourd'hui a disparu. Impossible de le décider à faire des essais d'écriture.

Telle est l'histoire de son hémiplégie ; arrivons au point plus spécial de cette note.

Ce qui nous frappe le plus dans l'histoire de ce malade est le fait suivant : dans sa salle à manger située au rez-de-chaussée, il marche assez facilement avec l'aide d'une chaise ou le bras de sa femme. Mais quelqu'un vient-il le voir, veut-il se promener dans son magasin et surtout dans la rue, il lui est impossible de faire un seul pas. La jambe se tétanise, il est pris d'une angoisse extrême, sa face devient vultueuse et se couvre de sueur et il menace de tomber. — Un autre incident digne d'être noté. Pour se rendre à la chambre à coucher située au premier étage, le malade a à traverser un couloir et à monter un escalier dont les marches sont larges et peu élevées ; cet escalier présente deux angles droits séparés par un palier où sont situées deux marches. Chaque soir le malade traverse assez facilement le couloir, monte les deux premières marches de son escalier et arrive au premier tournant ; à ce moment, jamais plus tôt,

jamais plus tard, le malade s'arrête dans l'impossibilité absolue d'avancer ; l'angoisse est extrême et oblige le patient à s'asseoir ; au bout de quelques minutes l'angoisse se calme ; le malade reprend sa marche et monte sans difficulté le reste de l'escalier. Chaque soir la scène se renouvelle identique à elle-même. Le malade, fort intelligent, se rend parfaitement compte de ses caractères. Dès qu'il voit l'escalier, il songe qu'il ne pourra pas dépasser ce tournant où il ne se sent pas appuyé suffisamment, alors sa jambe se contracture, sa volonté devient impuissante à le porter en avant ; elle lui semble se contourner sur elle-même, c'est alors que l'angoisse est à son maximum et qu'il est forcé de s'asseoir. De même ce qui l'empêche de marcher hors de chez lui, « c'est, dit-il, la peur de tomber et d'exciter la commisération de ses voisins. »

Le malade est désolé de son état dont il accuse l'électrisation ; il est convaincu qu'il ne guérira jamais. Il reste comme par le passé vif et emporté.

Pas de stigmate d'hystérie : aucun trouble de la sensibilité profonde ni superficielle sous aucun de ces modes ni du côté paralysé ; pas de zone hystérogène ; pas de rétrécissement du champ visuel ; pas de boule hystérique même au moment des crises.

10 mai 1897. — Le malade a sur nos conseils passé un mois à la campagne chez ses parents. Là, la marche s'est considérablement améliorée. Dans le jardin, à l'abri de tout regard indiscret, le malade se promenait seul, avec l'aide d'une canne ; mais dès qu'il met le pied dehors la difficulté augmente, cependant l'angoisse est moins violente et le malade peut s'appuyer sur un bras, faire quelques pas.

De retour chez lui, le malade monte beaucoup plus facilement dans sa maison ; la contracture de la jambe s'est beaucoup atténuée. Assis, le malade exécute spontanément tous les mouvements commandés sans hésiter et sans manquer le but. La force musculaire est parfaite. Quand nous essayons d'allonger la jambe fléchie, nous attirons le malade avec son fauteuil, mais la jambe reste fléchie. Au bras la contracture est plus accentuée, surtout à l'épaule ; le malade peut faire quelques mouvements du coude et du poignet. Non seulement la marche à la maison est possible, mais encore le malade reste un certain temps debout, sans fatigue, et peut même tenir à cloche-pied sur sa jambe paralysée.

Au bout de quelques jours l'angoisse ancienne reparaît pour

la marche hors de la maison : impossible de sortir sur le trottoir ; chaque soir la scène de l'escalier se renouvelle. Notre seule présence suffit à lui causer une certaine angoisse. Quand nous avons voulu le faire marcher, la jambe droite s'est contracturée, et tout pas en avant a été impossible pendant quelques minutes ; peu à peu l'angoisse s'est dissipée et le malade a pu monter, mais moins facilement, affirme-t-il, que quand il est seul avec sa femme. Nous le conduisons alors à son escalier et nous assistons à la scène : angoisse extrême, facies vultueux, sueur profuse, contracture ou extension de la jambe droite ; le malade est obligé de s'asseoir ; au bout de quelques minutes la crise a disparu et le malade monte sans aucun incident tout son escalier.

Nous essayons alors la suggestion. Nous lui démontrons d'abord la force musculaire de sa jambe, sa souplesse ; nous lui affirmons que peu à peu il reprendra la libre disposition de sa jambe et lui prescrivons une potion anodine, associée à de l'iodure en qui le malade a une confiance absolue.

Peu à peu l'amélioration s'annonce. Nous avons d'ailleurs été favorisé par ce fait que la contracture organique de la jambe et du bras s'est singulièrement atténuée. Actuellement le malade se sert assez librement de son bras pour les usages courants. La marche est plus facile : chez lui il monte seul, et facilement. Ma présence lui rend toujours la marche plus pénible, mais il n'a plus d'angoisse en ma présence. Le soir il monte son escalier facilement, d'une traite, sans aucune angoisse. Mais nous n'avons pu encore le décider à marcher dans la rue. Il a peur d'être repris de son angoisse et ne se sent pas encore assez sûr de lui : il y a cependant de ce côté une amélioration notable, puisque l'angoisse n'existe plus et qu'il n'y a plus que la peur de l'angoisse.

Cette observation est la reproduction exacte de celle si intéressante de M. le professeur Grasset, sur laquelle on la dirait copiée. Dans ce cas il ne saurait s'agir d'une association hystérique ; malgré des examens répétés, jamais il ne nous a été permis de déceler le moindre stigmate de cette névrose. Il s'agit uniquement d'une phobie de la marche, développée chez un nerveux à la suite d'une hémiplégie qu'elle est venue compliquer.

Ces cas sont importants à connaître au point de vue pra-

tique. Il est de première nécessité de faire le départ dans la symptomatologie de ce qui appartient à la maladie organique et de ce qui relève de la névrose. D'un diagnostic précis dépend le pronostic. Si contre l'hémiplégie organique le traitement reste bien aléatoire, une thérapeutique appropriée peut faire disparaître les phénomènes psychiques, notre cas le démontre. Si au lieu de voir le malade à de rares intervalles, nous avions pu faire subir une cure d'isolement, nous sommes convaincu que la guérison de la basophobie aurait été plus rapide et plus complète.

M. le Dr A. PÉON

Contribution à l'étude des rapports
ANTE ET POST MORTEM
de l'Épilepsie et de la Paralysie générale

Il existe fréquemment entre ces deux maladies des rapports incontestables qui se montrent pendant la vie et à l'autopsie.

Ire. — ANTE MORTEM

Les caractères de ressemblance se manifestent dans l'appareil des symptômes soit somatiques, soit psychiques.

A. — *Symptômes physiques*. — *a*. Nous connaissons tous la similitude complète qu'il y a entre les attaques épileptiformes (si fréquente dans la paralysie générale) et les accès de l'épilepsie vraie.

b. Assez souvent on voit survenir brusquement dans le cours de l'épilepsie une paralysie très irrégulière dans son mode de production et dans sa marche. Dans les commencements elle est passagère, d'une durée de quelques heures à plusieurs jours seulement ; née sans cause appréciable à

la suite d'une attaque, elle disparaît de même, enlevée par l'attaque suivante ou dans l'intervalle de deux attaques, pour se reproduire aux suivantes, sur les mêmes points. D'abord partielle, limitée à un membre ou à un côté du corps, elle se généralise à la longue, à force de se répéter, et prend un caractère de permanence.

Elle s'accompagne très fréquemment de l'embarras de la parole. Il est vrai que cette paralysie, d'abord locale, progressive quant à son étendue, diffère de la paralysie générale qui, générale d'emblée, ne progresse qu'en intensité. Mais le praticien n'est pas moins placé dans un grand embarras de diagnostic si, voyant le malade pour la première fois surtout, il n'est pas renseigné sur la marche des accidents survenus dans le cours de l'épilepsie.

c. Parfois encore, cette maladie s'accompagne d'inégalité pupillaire, et souvent d'embarras de la parole.

B. Symptômes psychiques. — *a.* Le plus souvent on constate chez les épileptiques de nos Asiles un trouble mental : soit l'excitation maniaque, soit la religiosité excessive, la dépression, le délire mélancolique, soit parfois encore la tendance manifeste *aux idées de grandeurs*, ainsi que nous en avons observé un exemple remarquable chez une femme mariée atteinte de vertiges épileptiques extrêmement fréquents ; en voici deux autres :

Ire Observation

D..., Jules, 32 ans, terrassier, marié, placé d'office, août 1884, à l'Asile de Breuty (Charente), comme atteint de manie aiguë avec exacerbation tous les quinze jours environ.

Dans la quinzaine qui suit son arrivée, je constate de la tendance à l'excitation, une certaine confusion d'idées où surnagent celles de grandeurs.

Fin septembre, attaque d'épilepsie, suivie d'accès d'agitation. Les attaques se renouvellent ensuite fréquemment et sont précédées ou suivies des mêmes accès d'agitation et de fureur qui rendent cet épileptique redoutable, pendant leur durée qui varie de trois à cinq ou six jours.

C'est ainsi que nous constatons :

1884. — Octobre, 5 attaques, — novembre, 8 attaques.

1885. — Attaques : Janvier, 3 le 15, — mai, 3 le 22, — juillet, 3 le 5, — octobre, 4, — décembre, 1.

1886. — Mars, 1 le 15 et le 16, — avril, 1 le 20, 2 le 21, — juillet, 1, — août, 1 le 28 et le 29, — octobre, 2 le 11 et 1 le 13, — novembre, 2 le 15 et 1 le 16, — 1 en décembre.

1887, 12 attaques, — *1888*, 14 attaques, — *1889*, 22.

1890, 25 attaques, — *1891*, janvier à septembre, 30 attaques.

Toutes sont violentes avec écume à la bouche et convulsions.

Parfois, dans l'intervalle, surgissent des idées de grandeurs : le malade dit, par exemple, être un grand personnage, avoir mérité des décorations. C'est ainsi que, le 20 septembre 1891, ayant vu son père au parloir, il affirme ses prétentions et me dit le lendemain à ma visite du matin être officier de la Légion d'honneur depuis 1882, me demande de lui faire confectionner un costume de commandant ou d'un officier d'un grade plus élevé. La parole est sèche, brève, hautaine et nullement embarrassée. Dans ses moments d'excitation et de prétentions ridicules, il a la face animée et quelquefois vultueuse ; tout indique que chez lui le sang se porte violemment vers la tête.

IIe Observation

B..., Pierre, 55 ans, à son arrivée, cultivateur, veuf avec une enfant. Placé d'office, novembre 1886, à l'asile de Breuty comme atteint de monomanie religieuse.

Dans les vingt-quatre heures après son entrée, je remarque chez lui des idées de persécutions et de mysticisme, des hallucinations des sens, jointes à des troubles musculaires, à un embarras prononcé de la parole, qui se manifeste surtout par instants, des mouvements fibrillaires des muscles de la face et du tremblement des membres.

A la quinzaine, je mentionne dans mon certificat des troubles musculaires qui peuvent se rattacher à la paralysie générale.

Vers fin décembre, apparaissent des crises d'épilepsie, prises pour des attaques épileptiformes.

1887, 9 attaques d'épilepsie, — *1888*, 15 attaques, — *1889*, 29 attaques, — *1890*, 58 attaques, — *1891*, janvier à septembre, 27 attaques.

Elles sont violentes, reviennent surtout par séries et sont généralement précédées ou suivies d'accès d'agitation sans fureur.

Comme la plupart des épileptiques, B..., Pierre, affiche une grande religiosité. De plus, il a des idées vagues de persécutions : on l'a placé ici par trahison, car on lui disait d'aller à Angoulême toucher seize cents francs (qu'on ne lui devait pas). Chez lui on remarque un air habituel de *satisfaction* et certaines tendances aux idées de *grandeurs* et de *richesses :* « Il est très fort, dit-il. très capable de gagner sa vie ; » il arrive plus d'une fois d'orner sa boutonnière du ruban rouge ; il compte, au moyen de petits cailloux, les millions de francs qui lui seront dus après sa sortie. En attendant, il est titubant, la jambe gauche est plus faible que l'autre, la langue déviée à droite (hémiplégie incomplète) ; les membres supérieurs sont affaiblis, la parole très embarrassée et les muscles des lèvres agités de mouvements fibrillaires très prononcés.

Chez cet homme, de taille moyenne, de forte constitution, de tempérament sanguin-lymphatique, la face est toujours animée, rouge, parfois vultueuse, violacée.

Cette observation nous paraît intéressante : elle est un exemple frappant des difficultés que présente le diagnostic différentiel de la paralysie générale et de l'épilepsie compliquée de troubles musculaires, principalement lorsque s'y joignent les symptômes psychiques ordinaires à la première de ces maladies.

Aussi, avons-nous été longtemps dans l'incertitude du nom qu'il convenait de donner à une affection que nous regardons maintenant comme une folie épileptique compliquée de symptôme de périencéphalie chronique diffuse.

b. Quand l'épilepsie est ancienne (surtout dans la forme vertigineuse), l'intelligence et la mémoire sont affaiblies, la sensibilité morale très émoussée ; quelquefois, même, la démence est complète.

On comprend que l'on puisse un temps dans ces cas, confondre la démence paralytique avec la démence épileptique qui s'accompagne de paralysie généralisée et d'embarras plus ou moins accusé de la parole.

c. Que la paralysie générale naisse parfois dans le cours de l'épilepsie chez certains sujets, c'est indéniable : Calmeil (1) et Parchappe (2) en ont donné des observations ; en voici deux que nous avons nous-même recueillies.

(1) CALMEIL : *Maladies inflammatoires du cerveau.*
(2) PARCHAPPE : *Traité de la folie.*

IIIe Observation

SOMMAIRE. — Épilepsie, trouble mental, accès d'agitation; attaques de plus en plus fréquentes, démence progressive. — Paralysie générale, marasme. — Tubercule adhérent aux méninges du cerveau.

M..., Joséphine, 36 ans, entrée à l'asile de Frains en juillet 1846, transférée d'un autre asile « est, dit M. le Dr Renaudin, atteinte d'épilepsie. Cette névrose dont les accès peu fréquents et peu intenses datent de longtemps, a produit la manifestation de la folie. Les facultés affectives paraissent nulles. les facultés intellectuelles ont subi un affaiblissement gradué qui est aujourd'hui voisin de l'abolition complète. Habituellement douce et inoffensive, elle devient violente et agitée pendant ses accès. Elle bat alors ses voisines et il alors la maintenir d'une manière assurée pour qu'elle ne se porte pas à quelques actes dangereux pour les personnes qui l'entourent. »

Fin juillet, accès très nombreux, fort intenses, se reproduisant surtout la nuit au nombre de plusieurs — agitation, violence dans les intervalles qui les séparent — malade difficile à maintenir, incurable.

1849. — 25 février, au lever, cette femme est trouvée ayant une fracture du tibia au quart inférieur de la jambe et oblique de bas en haut et de dedans en dehors; l'extrémité supérieure du fragment inférieur faisait saillie en arrière et en dehors. Le 15 avril, guérison déclarée de la fracture, même état mental, accès d'épilepsie moins fréquents. — Même observation jusqu'au mois de mars de l'année 1850.

Alors, pour la première fois, il est parlé de *paralysie générale* chez cette malade; la paralysie est dite en progrès.

1852. — Janvier, l'épilepsie et la démence paralytique suivent leur cours. M..., Joséphine, est calme, mais est devenue gâteuse de nuit. — Sa gaieté *est constante.* En mai, 18 accès de jour et de nuit, travail impossible.

1856. — Au mois d'août, accès plus ou moins fréquents. « La malade, dit le Dr Auzouy, est arrivée au dernier degré de la paralysie générale. — La parole est on ne peut plus embarrassée, les mouvements difficiles et il y a paralysie des sphyncters. »

1857. — Janvier, je commence à voir cette malheureuse qui a quelques attaques de jour dans le mois et 22 la nuit, — 6 de jour et 9 de nuit en février.

Les mois suivants, vie purement végétative, — cris inarticulés.

La malade tombe dans le marasme dès le mois de juin, elle devient incapable de rester levée, de se mouvoir, de manger seule ; elle est constamment souillée de ses matières qu'elle ne peut retenir. — Cependant la vie se prolonge et ne prend fin dans la fièvre hectique, qu'en janvier de l'année suivante. Je pratique l'autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Autopsie. — Épaisseur normale des os du crâne. Injection des méninges, énorme quantité de sérosité entre les deux feuillets de l'arachnoïde. — Piqueté rouge très prononcé du cerveau qui a conservé sa consistance normale. — Cavités ventriculaires remplies de sérosité. Je trouve un tubercule à l'état cru, grisâtre, de la grosseur d'une noisette, adhérent à la dure mère et à l'arachnoïde ; il déprime la substance grise du lobe postérieur droit, près de la faux du cerveau ; dans la fossette qu'il s'est creusée, on ne voit aucune marque d'ulcération ou de ramollissement

Les plèvres adhèrent aux parois thoraciques sur plusieurs points, surtout en avant, où le poumon se déchire plutôt que de se détacher à la traction.

Intestins tapissés à leur intérieur d'une sorte de bouillie sanguinolente. — Maigreur extrême du sujet. — Escharres au sacrum.

IVe Observation

SOMMAIRE. — Épileptique aliéné. — Sept ans à Bicêtre. — Transféré à l'Asile de Frains. — Devenu paralysé général onze ans après son arrivée. — Foyer étendu de ramollissement de l'hémisphère droit...

R..., ouvrier en cuivre, marié, âgé de 37 ans, doué d'une forte constitution, santé robuste. — Venu de Bicêtre, après y avoir séjourné sept ans et désigné comme épileptique incurable, est entré à l'Asile de Fains en mars 1847.

On avait, en vain, essayé sur lui différentes médications, entr'autres l'inhalation d'éther qui, selon lui, avait diminué le

nombre et la violence de ses accès dans les premières expériences.

A son arrivée, les facultés intellectuelles et affectives ne paraissent pas encore avoir été altérées par les accès d'épilepsie.

Le 15 avril, le Dr Renaudin constate une grande irritabilité de caractère due aux attaques épileptiques.

La santé est satisfaisante depuis l'entrée jusqu'au 24 novembre 1848.

Le malade fut pris d'accès violents d'épilepsie, dont le nombre variait de 4, 6 ou 8 par mois.

1852. — Janvier, il est dit atteint de démence maniaque.

1856. — Janvier, on remarque qu'il est gâteux en dehors des accès.

Enfin, R..., d'après l'observation, serait atteint de manie intermittente à longs intervalles, consécutive à l'épilepsie.

1857. — Mars, il m'est donné de l'observer et de le voir tomber dans une sorte de torpeur intellectuelle qui va en augmentant de plus en plus.

Mais, jusqu'au mois d'avril 1858, on ne constate encore aucun signe évident de *paralysie générale ;* tandis que le reste de l'année se passe dans la torpeur mentale avec quelques signes de *paralysie.*

1859. — Dès le mois de janvier, R... est pris de gonflement des gencives et de flux hémorrhoïdal assez difficile à faire disparaître.

Le malade ne se lève plus ; l'appétit, les forces diminuent ; il y a une grande gêne de déglutition ; le marasme arrive, les congestions cérébrales se déclarent et la mort survient sur la fin de mars.

Autopsie. — Crâne mince. — Pas d'épanchement de sérosité intra-arachnoïdien. — Un peu d'infiltration gélatiniforme du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. — Excavation d'une couleur jaune-grisâtre de trois centimètres de long sur deux de large, recouverte par une lame épaisse de substance grise. Cette excavation est située à la partie postérieure de l'hémisphère cérébral droit. Il y a un peu d'hypérémie généralisée de la substance blanche du cerveau.

Emphysème assez prononcé du poumon droit. — Engouement de toute la partie postérieure du poumon gauche, hépatisation sur des emplacements assez développés à ce niveau. — La valvule de l'orifice ventriculaire droit me paraît insuffisante. —

Quelques calculs se trouvent dans la vésicule du fiel. — Tout le gros intestin est distendu par des fèces durcies. — Émaciation assez avancée.

IIe POST MORTEM

Outre nos observations III et IV, les suivantes recueillies par nous à l'Asile de Breuty (1), montreront la ressemblance plus ou moins accusée des lésions anatomiques des deux maladies, dans l'encéphale et ses membranes.

Ve Observation

SOMMAIRE. — Folie épileptique. — Mort du sujet après douze ans de présence. — Substance cérébrale des deux hémisphères très injectée. — Membranes viscérales adhérentes par places.

C..., 54 ans, marié, homme d'affaires. — Entré à l'Asile fin juin 1865. — Épilepsie, hallucination de l'ouïe, idée d'empoisonnement, excitation maniaque, accès d'agitation. — Mort en décembre 1877, de périencéphalite.

Extrait des résultats de l'autopsie. — Os du crâne très compacts, injectés, irréguliers à la face interne, suture sagittale ossifiée, disparue, trace de la fronto-pariétale à la face externe seulement.

Hémisphère droit. — Très injecté, adhérent par places aux membranes à la partie antérieure de la circonvolution de la scissure de Sylvius très limitée. — Foyer hémorrhagique près du nerf olfactif.

Hémisphère gauche. — Foyer hémorrhagique à la partie postero-interne.

Substance cérébrale des deux hémisphères très injectée. La protubérance annulaire, le cervelet et le bulbe rachidien sont sains.

Le cœur présente une dégénérescence graisseuse, principalement vers la pointe et à la face postérieure.

(1) Au moyen de notes et de résumés d'autopsies transcrits aux registres par deux de mes honorables prédécesseurs.

VIe Observation

SOMMAIRE. — Manie épileptique. — Dysenterie, mort. — Pie-mère très adhérente aux cornes antérieures du cerveau. — Substance cérébrale plus molle qu'à l'état normal.

F..., quarante et un ans, veuve, journalière, entrée au commencement de novembre 1867. — Elle est atteinte de manie épileptique. Elle a tué son mari et ne se souvient pas comment elle l'a fait.

1er janvier 1868, accès de fureur : F. . voudrait saigner l'infirmière.

Le 4 juin elle a cherché à tuer une malade au dortoir en la frappant à coups de sabots, cassé un carreau de vitre pour couper le cou à sa victime avec les morceaux.

1869. — Janvier, accès fréquents d'épilepsie, fureur.

1875. — Janvier, démence épileptique. — Juillet, dysenterie, affaiblissement suivi de mort vers la fin de septembre.

Autopsie. — Le cerveau est injecté dans la substance blanche des ventricules latéraux principalement. — Membranes viscérales très injectées.

Pie-mère *fort adhérente* au niveau des cornes antérieures du cerveau ; substance cérébrale un peu ramollie.

Poitrine. — Quelques adhérences pleurales à la partie postero-supérieure. Épaississement très marqué et insuffisance de la valvule mitrale. — Reins, rate, foie. estomac semblent normaux. Intestin, ulcérations dans les trois quarts inférieurs de l'intestin grèle ; mais le gros intestin surtout présente un épaississement de ses parois et des ulcérations étendues. (Malade de MM. les Drs Binet et Brunet.)

VIIe Observation

SOMMAIRE. — Manie épileptique. — Mort à la suite d'accès répétés d'épilepsie. — Adhérences des membranes viscérales à la couche corticale du cerveau.

P..., quarante-trois ans, célibataire, cultivateur, entré au commencement de l'année 1870, épileptique depuis l'âge de treize ans. — Intelligence affaiblie, caractère irritable. — Travail.

1871. — Janvier, indocile, paresseux. – Accès d'épilepsie assez fréquents.

1872. — Janvier, accès fréquents, hébétude profonde et alors plus de travail.

25 juillet, malade ordinairement très irritable, très violent.

1874. — Démence épileptique, accès de violence fréquents.

1877. — Janvier, P... s'affaiblit, reste habituellement couché, a des accès fréquents. Il meurt en juillet de la même année.

Autopsie. — Dans l'épaisseur des membranes viscérales du cerveau et du cervelet on trouve plusieurs épanchements sanguins anciens, situés aux endroits que je vais indiquer.

Hémisphère cérébral gauche. — A l'extrémité inférieure du lobe moyen, coloration jaunâtre de l'arachnoïde, de la pie-mère et de la substance grise dans une étendue de trois centimètres carrés (superficiels ?).

Sur le tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale, coloration jaunâtre des membranes viscérales d'une superficie de deux centimètres carrés, ne pénétrant pas dans l'épaisseur des circonvolutions.

Hémisphère droit. — Coloration jaunâtre des membranes viscérales dans une étendue de trois centimètres à la partie moyenne de la face externe du cerveau, un peu plus près cependant du bord inter-hémisphérique que de l'inférieur.

Le corps calleux adhère aux deux corps striés sur les deux tiers antérieurs de leur surface ventriculaire.

Légère *adhérence* des membranes à la substance corticale *ramollie* dans les deux tiers antérieurs de la face externe du cerveau.

Cervelet. — Arachnoïde et pie-mère jaunes (la substance cérébelleuse ne l'est pas), à la face inférieure de l'hémisphère droit, vers son bord postérieur, dans une étendue de trois à quatre centimètres.

Les membranes du cervelet s'enlèvent facilement.

Légère carnification du poumon droit dans son tiers postérieur (1).

(1) Malade de MM. les Drs Binet et Brunet.

VIIIe Observation

SOMMAIRE. — Folie épileptique. — Mort à la suite d'attaques. — Adhérences généralisées des membranes viscérales entre elles et à la couche corticale ramollie.

C... célibataire, sans profession, indigent, placé volontairement au commencement de décembre 1876, à l'âge de neuf ans. Epilepsie dès l'âge de trois ans. Accès d'abord rares, maintenant deux ou trois par semaine. — État d'idiotisme et de démence à peu près complet. Tel est, en substance, le certificat motivant l'admission. M. le Dr Brunet constate à la quinzaine : « Intelligence presque nulle, crises fréquentes, caractère très irritable, malade malpropre. Onze attaques. »

C... meurt asphyxié dans ses attaques d'épilepsie au milieu de juillet 1877.

Autopsie. — Les éminences de la base du crâne sont très prononcées et proéminent à l'intérieur.

Adhérences très intimes entre la dure-mère et les parois crâniennes ; sinus remplis de sang noir. — Les circonvolutions du cerveau sont aplaties et les anfractuosités peu profondes. — Presque partout on constate des *adhérences* entre les membranes viscérales et la couche corticale qui est *ramollie.* — La consistance de la substance blanche est normale. — Cerveau très volumineux pour l'âge du sujet qui n'avait que dix ans au plus : hémisphère droit 421 grammes, — hémisphère gauche 413, — protubérance annulaire 11 grammes, — bulbe 7 grammes, — cervelet 99 grammes ; — encéphale 951 grammes.

Poumons congestionnés; quand on les coupe, il s'écoule un liquide spumeux et rougeâtre en assez grande abondance. Foie noirâtre rempli de sang veineux.

IXe Observation

SOMMAIRE. — Manie épileptique. — Tentative de suicide. — Pleurésie, mort. — Quelques plaques blanchâtres des méninges cérébrales. — Athropie de l'hémisphère gauche du cerveau.

M... trente-trois ans, mariée, sans profession, épileptique depuis une dizaine d'années, s'est presque coupé la gorge après

une crise suivie d'agitation, quelques jours avant son entrée. A la quinzaine M. le Dr Brunet constate l'épilepsie sans trouble mental. M... s'affaiblit graduellement et meurt par suite de pleurésie purulente trente-quatre jours après son arrivée.

Autopsie. — La cavité pleurale droite est remplie de pus ; elle en contient environ deux litres. Le poumon droit est réduit à une épaisseur de deux à trois doigts et appliqué contre le rachis. Foie énorme, 2,177 grammes ; il est graisseux.

Les membranes du cerveau présentent quelques plaques blanchâtres. L'hémisphère gauche est atrophié, les infractuosités des circonvolutions sont plus grandes que celles de l'hémisphère droit ; la substance blanche est moins épaisse. Cette atrophie visible à l'œil nu est constatée d'une manière certaine par les pesées des deux hémisphères. Toute la substance encéphalique est injectée. L'hémisphère droit pèse 585 grammes, le gauche 450. — La protubérance pèse 16 grammes, le bulbe 7, le cervelet 162, et l'encéphale 1,220 grammes.

Xe Observation

SOMMAIRE. — *Epilepsie, manie intermittente.* — *Epuisement, mort.* — *Opalescences des membranes le long de la fente interhémisphérique, etc., sans adhérences à la couche corticale.*

F... quarante-six ans, marié, cultivateur, entré en mai 1878. Il est atteint à son arrivée d'épilepsie : hébété, il répond difficilement aux questions posées et ne peut donner des renseignements sur son état.

Pendant la quinzaine M. le Dr Brunet constate que ce malade est atteint d'épilepsie, d'affaiblissement physique. En novembre, entérite. — F... meurt de gastro-entérite au commencement de décembre.

Autopsie (trente heures après le décès). — Taille 1m55. — Les membranes viscérales du cerveau sont épaissies et opalescentes le long de la fente inter-hémisphérique, sur la première circonvolution frontale, le tiers supérieur de la circonvolution ascendante et sur la circonvolution pariétale supérieure. Elles s'enlèvent facilement de la substance corticale du cerveau. Pas d'autres lésions encéphaliques. — Poids : Hémisphère droit, 586 grammes ; hémisphère gauche, 582 grammes ; protubérance, 15 ; bulbe, 7 ; cervelet, 132 grammes.

L'estomac est enflammé, surtout au niveau de la région cardiaque.

La muqueuse stomacale est rouge, injectée, épaissie et ramollie.

L'intestin grêle paraît passablement injecté. Le gros intestin l'est beaucoup plus. Foie à coloration jaunâtre et vésicule remplie de bile noirâtre.

XIe Observation

SOMMAIRE. — Démence épileptique. — Embarras de la parole, tremblement des lèvres. — Faiblesse musculaire des membres. — Mort causée par des attaques épileptiques. — Injection des membranes du cerveau, hypertrophie des circonvolutions.

P... quarante-huit ans, veuf, journalier, entré en février 1880. Certificat de vingt-quatre heures : « Est atteint d'affaiblissement intellectuel avec idées de persécutions. Il a peur de tout, prétend qu'il est poursuivi par ses propriétaires qui l'ont expulsé de chez lui sans aucun motif. Il est tout hébété, répond avec peu de précision aux questions qu'on lui adresse. D'après les renseignements contenus dans le dossier, il aurait commis beaucoup d'excès alcooliques et serait épileptique. Il présente de l'embarras de la parole, du tremblement des lèvres, de la faiblesse musculaire des membres. Il se tient difficilement debout. D'après ce qu'il nous a dit, l'embarras de la parole serait congénital. » Signé : Dr Brunet.

Certificat de quinzaine : « Est atteint de démence. Il est malpropre, ne sait pas trop ce qu'il fait. La motilité est affaiblie. Depuis son entrée à l'Asile il n'a eu aucune attaque convulsive. » Signé : Dr Brunet. — 1er avril, démence épileptique. Le 10, il succombe le soir à une série d'attaques épileptiques, qui a débuté le matin.

Autopsie (36 heures après le décès). — Les os du crâne sont épais et injectés, les sutures de la voûte sont ossifiées. Les membranes viscérales du cerveau sont injectées sur ses deux tiers antérieurs. Au niveau, les circonvolutions sont tuméfiées, aplaties. Les anfractuosités qui les séparent sont moins profondes que normalement. Le cerveau est évidemment comprimé par la voûte du crâne par suite de la turgescence de ces circonvolutions. Les membranes viscérales ne présentent pas d'adhérences. Elles ne

sont pas opalescentes. Cependant sur les deux tiers du cerveau, elles hapent un peu à la substance corticale dans certains points. Cette substance corticale est injectée. — Le cervelet, l'isthme de l'encéphale sont sains. — L'encéphale pèse 1,291 grammes; l'hémisphère droit 567, le gauche 562. — La protubérance annulaire 20 grammes, le bulbe 7 et le cervelet 135 grammes.

Dans certains cas, la paralysie générale est une complication de l'épilepsie; et parfois, elle paraît en être le produit qui intrique avec elle ses manifestations symptomatiques et sous le rapport du délire (souvent ambitieux ou hypochondriaque etc.), et sous le rapport des troubles de la motilité et de la sensibilité.

Aussi ne devons-nous pas être surpris de l'embarras extrême où on se trouve quelquefois quand il s'agit du diagnostic différentiel entre l'épilepsie et la paralysie générale.

En voici un exemple à ajouter à ceux que nous avons déjà rapportés.

XIIe Observation

SOMMAIRE. — Démence épileptique. — Lésions de la paralysie générale : adhérences très étendues de la pie-mère à la couche corticale ramollie.

F... vingt ans, célibataire, cultivateur, entré fin décembre 1873, « atteint d'épilepsie avec abolition presque complète de l'intelligence. Ce matin je n'ai pu obtenir de lui aucune réponse aux questions que je lui ai adressées. » Signé : Dr Brunet.

Le 5 mai, certificat de situation : « atteint d'épilepsie avec abolition presque complète de l'intelligence. L'état mental n'est susceptible d'aucune amélioration. »

Ainsi donc, le médecin en chef est bien convaincu qu'il a là un dément épileptique. Cet état dure le même jusqu'au mois de juin. A cette date, le malade garde le lit.

En juillet, il s'affaiblit de plus en plus ; le 17 il succombe à quatre heures du matin. Et quelle est la cause du décès donnée par M. le Dr Brunet ? Ce n'est pas la démence *épileptique* ; c'est la démence *paralytique*.

En effet, ce diagnostic, porté (peut-être après coup), était commandé par les résultats de la nécropsie.

Extrait de l'autopsie. — Les membranes viscérales du cerveau sont adhérentes à la couche corticale sur la face externe des

hémisphères, dans presque toute leur étendue. La substance corticale est injectée et ramollie. La substance blanche a sa consistance normale. — Pleurésie purulente du côté gauche. Péricardite avec fausses membranes. Le liquide contenu dans le péricarde est peu abondant ; mais les deux feuillets de cette séreuse adhèrent entre eux par des néomembranes assez nombreuses. Gangrène du volume d'une noix au centre du poumon gauche, etc.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

1° On peut constater chez certains épileptiques tous les symptômes de la paralysie générale :

a. — Les symptômes physiques. — Embarras de la parole, — tremblement des lèvres, des membres, inégalité pupillaire, — affaiblissement musculaire, — troubles de la sensibilité, etc. (Obs. 2, 3, 4, 11 et 12.)

b. — Toutes les formes délirantes et la démence de cette maladie.

C'est ainsi que nous trouvons :

L'excitation maniaque à divers degrés 9 fois (obs. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10) ; le délire mélancolique 3 fois (obs. 2, 5 et 11) ; les idées ambitieuses 2 fois (obs. 1 et 2) : l'air de satisfaction (obs. 2 et 3) ; les hallucinations de l'ouïe (obs. 2 et 5) ; la démence 5 fois (obs. 3, 4, 7, 8 et 11).

2° L'autopsie de quelques épileptiques donne plus ou moins des lésions macroscopiques de la paralysie générale.

Les membranes viscérales du cerveau sont injectées 5 fois (obs. 3, 4, 5, 6 et 11), — épaissies (obs. 10), opalescentes (obs. 9, 10 et 11) ;

Il y a adhérence de la pie-mère à la couche corticale du cerveau dans 3 cas (obs. 6, 8 et 12) ;

Ramollissement de cette substance corticale (obs. 6, 8 et 12) ;

Injection de la substance blanche et de la substance grise du cerveau (4, 5, 6 et 11) ;

Atrophie (obs. 9) ; hypertrophie des circonvolutions cérébrales (obs. 8 et 11) ;

Epanchement séreux intra-arachnoïdien et ventriculaire (obs. 3) ;

Anciens foyers hémorrhagiques dans les méninges (obs. 4 et 7);

Foyers hémorrhagiques récents (obs. 5).

On est forcé de convenir que ces diverses lésions, principalement les adhérences de la pie-mère cérébrale à la substance corticale ramollie diffèrent si peu de celles de la paralysie générale qu'il n'y avait qu'une prédominance d'abondance, d'intensité et de fréquence dans cette dernière.

A propos de la communication de M. Péon, M. RÉGIS fait observer que l'épilepsie a avec la paralysie générale les mêmes rapports que les autres névroses : rapports d'association et rapports de similitude. En ce qui concerne l'association, il est à remarquer que la paralysie générale ne survient que très rarement chez les grands épileptiques alors que, par une sorte de contraste, l'épilepsie symptomatique est au contraire très fréquente dans la paralysie générale. En ce qui concerne la similitude, il est exact, comme on l'a dit, qu'un certain nombre d'épileptiques tombent dans un état de démence avec ou sans délire rappelant la démence paralytique et qu'à l'autopsie on trouve chez eux des lésions de méningo-encéphalite chronique plus ou moins diffuse. Mais il ne s'agit pas là, à proprement parler, de paralysie générale.

M. BRUNET a trouvé assez souvent chez les épileptiques des lésions circonscrites des membranes viscérales du cerveau à la couche corticale de cet organe et il a observé des cas où elles étaient aussi étendues que dans la paralysie générale. Il compte bientôt les publier.

M. le Dr Pierre PARISOT (de Nancy)

De la basophobie chez les ataxiques

MESSIEURS,

Certains ataxiques, bien avant que les lésions organiques de la moelle les condamnent à un repos forcé, refusent de quitter leur lit ou leur fauteuil. Leur ataxie locomotrice n'est certes pas assez prononcée pour les empêcher de progresser sans le secours d'un bras, mais la *peur* de tomber rend leur marche impossible.

Cette peur est jusqu'à un certain point légitime chez un ataxique, et ne mériterait pas d'être regardée comme pathologique si elle restait proportionnelle au degré d'incoordination, mais ici la disproportion est flagrante. A la seule pensée de marcher sans soutien, le malade pâlit, son visage se couvre de sueurs, son pouls bat avec fréquence et tout son être est angoissé.

Essaye-t-il de faire quelques pas, pour obéir aux injonctions qui lui sont faites, la terreur le saisit, le cloue sur place en proie à une crise anxieuse des plus pénibles. Ce n'est plus là, comme vous pouvez le voir, une peur physiologique, mais bien une véritable phobie ou plus exactement une basophobie, suivant l'expression consacrée. A l'incoordination de cause organique vient donc s'ajouter une impotence fonctionnelle d'origine psychique. Si elle a été méconnue dans sa nature, elle peut faire croire, par l'aggravation apparente apportée à la symptomatologie, que le tabétique, réduit à ne plus quitter son lit, est entré dans la dernière période de son affection. La connaissance de cette basophobie, surajoutée à l'ataxie locomotrice, offre encore au point de vue du traitement, comme vous

pouvez le penser, une réelle importance, et cependant, je dois le dire, elle ne paraît pas avoir retenu suffisamment l'attention des auteurs. Elle mérite toutefois, à mes yeux, de prendre rang parmi les complications intéressantes du tabes.

En traitant, par la méthode de Frenkel, deux ataxiques de mon service hospitalier, j'ai été surpris de voir que chez eux l'impossibilité ou la difficulté de marcher tenait en majeure partie à une peur angoissante de tomber. Frappé de ce fait, j'ai voulu me rendre compte si la basophobie avait été signalée comme complication, rare ou fréquente, de l'ataxie locomobile ; j'ai fait des recherches bibliographiques étendues et, à mon étonnement je n'ai trouvé décrit ce trouble psychique de l'ataxie ni dans les ouvrages classiques de pathologie mentale ou nerveuse ni dans les thèses ou dictionnaires. Seul Hirschberg (1) mentionne dans un article paru dans les Archives de neurologie en 1890, sur le traitement de l'ataxie par la rééducation des mouvements, que le symptôme ataxie est souvent aggravé par un état mental neurasthénique qui se traduit cliniquement par des appréhensions, une peur exagérée de tomber. » Il avait également écrit dans un travail thérapeutique antérieur (2) : « Rien ne serait plus faux que de déduire de la sclérose médullaire postérieure tous les symptômes que le tabétique présentera à un moment donné ; notamment les idées d'obsession, sous forme des différentes phobies, s'observent très fréquemment chez les tabétiques. »

Pour moi, il ne s'agit pas ici d'une phobie *quelconque* développée chez un neurasthénique tabétique, mais j'aperçois un rapport très direct entre l'expression clinique de cette phobie et l'ataxie elle-même ; l'une est engendrée par l'autre sans lui être toutefois personnelle ; ce sont précisément les sensations, liées aux troubles moteurs, qui créent,

(1) R. HIRSCHBERG : Traitement de l'ataxie dans le tabes dorsalis par la rééducation des mouvements. *Arch. de neurologie*, 1896, p. 168.

(2) R. HIRSCHBERG : Traitement mécanique de l'ataxie locomotrice, *Bull. gén. de thérapeutique*, 1893, p. 68.

dans le cerveau du malade, la basophobie. Les deux tabétiques dont je donnerai plus loin les observations ont été, toute leur vie, entachés de névropathie, mais ils ne sont devenus basophobes que du jour où l'un a été incoordonné et l'autre a éprouvé cette sensation si pénible de l'effondrement des jambes sous lui.

M. Rougier (1), dans une thèse remarquable inspirée par M. le professeur Pierret sur la lypémanie et le délire de persécution chez les ataxiques, insiste sur le rôle de la sensibilité dans les opérations psychiques « chez les tabétiques dont les extrémités nerveuses et les centres ganglionnaires sensitifs sont intéressés », et pense que leur délire mélancolique est précisément fondé sur les aberrations des opérations sensitives : « *nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu.* »

Dans les faits qui m'occupent aujourd'hui, il ne s'agit plus de manifestations sensitives douloureuses engendrant des idées de persécution, mais de sensations qui accompagnent ou commandent les troubles de la locomotion et font naître une phobie spéciale, si j'ose dire, spécifique de l'ataxie ; le mécanisme pathogénique reste le même, il s'agit d'idée de persécution ou de basophobie.

Le tabétique a des perceptions erronées ou incomplètes, trop connues pour qu'il soit nécessaire d'insister ; la diminution de la sensibilité plantaire, par exemple, lui interdit de se rendre un compte exact de la nature du sol qu'il foule, souvent il a perdu la notion de la position qu'occupent ses membres inférieurs et le degré de contraction de ses muscles, leur condition, comme dit Duchenne, lui échappe. Ces perceptions atténuées ou fausses, tributaires des troubles des sensibilités cutanés, articulaires, dépendent de lésions organiques bien étudiées, qu'elles soient spinales ou névritiques. La vue de sa propre incoordination, la constatation quelquefois de l'effondrement subit de ses jambes, enfin ses sensations vertigineuses multiples concourent à faire germer dans le cerveau du tabétique un

(1) L. Rougier : Essai de lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques. Th. de Lyon, 1882.

doute sur la sécurité que lui offre la station debout ou la marche et ainsi se développe en lui l'idée de la possibilité d'une chute. Il la craint cette chute, et rien malheureusement dans ses sensations n'est capable de lui rendre confiance, bien au contraire ! il a beau chercher à lutter contre la peur qui l'envahit il ne trouve pas en lui de quoi soutenir cette lutte, sa volonté devient défaillante et la peur de tomber en marchant, la basophobie, s'installe en maîtresse dans son cerveau Seul à ce moment le médecin peut, par son action morale, lui porter secours, le tabétique est devenu justiciable de la psychothérapie et des méthodes générales d'entraînement si bien étudiées par M. le professeur Bernhein et son élève distingué le Dr Hartenberger.

La basophobie, d'après mon observation personnelle, est particulièrement difficile à guérir chez l'ataxique, car si le médecin cesse pendant quelques semaines seulement de relever la confiance du tabétique par des paroles rassurantes ou des exercices d'entraînement, les sensations anormales, dont l'action est continue chez le malade, refont bien vite leur œuvre néfaste, et la phobie, momentanément disparue ou atténuée, renaît de plus belle, favorisée souvent par les progrès mêmes des lésions organiques du tabes.

Le traitement moral de la basophobie doit donc être prolongé et consolidé par l'application simultanée des moyens propres à atténuer les sensations anormales du tabétique telles que la rééducation des mouvements ou l'électrothérapie. Ce sont là des considérations pratiques qui ne me paraissent pas indifférentes ; je pense que l'attention une fois attirée d'une manière spéciale sur la *basophobie* au cours de l'ataxie, on la dépistera souvent dans ses formes atténuées. La basophobie se cache quelquefois, j'en suis persuadé, derrière l'incoordination motrice et, méconnue dans sa nature, n'en est pas moins l'une des principales causes des difficultés de la marche chez le tabétique; elle peut modifier à son tour, en provoquant sous l'influence de la peur des contractions musculaires, la démarche classique de l'ataxique ; la femme dont je rapporterai l'histoire en est un exemple. Pour qu'un ataxique soit basophobe il n'est

pas nécessaire qu'il ait présenté des symptômes avérés de neurasthénie, il suffit qu'il soit entaché de névropathie, en prenant ce mot dans son sens le plus compréhensif. Or, l'ataxique est ordinairement de souche névropathique et, par ce fait, offre un terrain tout préparé à l'éclosion et au développement d'une *phobie,* l'incoordination motrice se chargera de la spécifier; aussi serais-je disposé à admettre que l'ataxie est compliquée de basophobie, plus fréquemment qu'on ne le croit d'ordinaire. Je ne veux pas insister davantage sur la description, le mécanisme pathogénique, le traitement et la fréquence de cette phobie, je vais maintenant, à titre de document et pour donner une forme moins abstraite à mon étude, résumer à grands traits deux observations d'ataxiques basophobes que j'ai pu suivre de près dans mon service ; elles ont été le point de départ de cette communication et d'une leçon faite en juin dernier à l'hospice Saint-Julien de Nancy.

Dans la première observation, il s'agit d'un nommé B... âgé de cinquante-six ans, qui exerçait la profession de comptable.

Dans sa famille, je relève le cas d'une nièce qui était « simple d'esprit, dit-il, et mourut à la Salpétrière ». Lui-même a eu dans son enfance des convulsions suivies d'hémiparésie gauche avec atrophie musculaire et pied-bot équin ; il bégaye depuis sa jeunesse : il nie toute syphilis. A l'âge de quarante-quatre ans il a présenté les premiers signes d'incoordination motrice avec douleurs fulgurantes dans le tronc et dans les membres inférieurs, crises gastriques et diplopie passagère.

Avant son entrée à la clinique il ne pouvait, prétend-il, marcher sans le secours de deux bras.

Ces commémoratifs décèlent le tabes que l'examen pratiqué le 23 janvier 1898 vient confirmer. Je note entre autres les symptômes suivants :

Abolition des réflexes patellaires et crémastériens, exagération du réflexe abdominal, retard notable des perceptions douloureuses, diminution du sens musculaire, douleurs vésicales, rétention d'urine intermittente, ataxie qui s'exagère par l'occlusion des paupières.

Désireux d'appliquer sur lui la méthode de Frenkel (10 juin 1898), je ne tarde pas à reconnaître son anxiété lorsque je veux le faire lever de son fauteuil et marcher. Quand il est au repos son pouls bat à 72 par minute, quand je lui parle de le faire marcher et de le laisser seul s'avancer en pleine rue, le pouls s'élève à 88.

Un infirmier le soutient-il sous un bras, il est rassuré et marche dans la salle, et si peu à peu l'infirmier cesse de le tenir et le quitte même complètement sans qu'il s'en aperçoive, le malade continue à avancer, mais si je dis alors à haute voix à l'infirmier de le lâcher, son visage pâlit, se couvre de sueurs, son pouls bat à 130, le malade s'arrête et il cherche à s'accrocher au lit devant lequel il passe. Je répète plusieurs fois cette expérience devant mes élèves et toujours avec le même résultat.

Un jour que je lui proposais de l'envoyer seul à la promenade il fut pris d'angoisse et me déclara nettement qu'il « aimait mieux mourir » ; il ne veut pas marcher seul par peur de tomber. Cette peur n'existait nullement chez lui avant que l'incoordination des mouvements n'ait apparu.

La rééducation des mouvements jointe à des paroles capables de lui rendre confiance avait permis au bout d'une quinzaine de jours de le faire marcher seul dans la salle. Malheureusement le traitement a été interrompu et bien rapidement l'ataxique a été repris de cette basophobie qui semblait vouloir disparaître.

Ma seconde observation concerne une ouvrière R... âgée de quarante un ans. Son père était alcoolique et sa tante paternelle aurait été atteinte d'une maladie nerveuse avec troubles dans la marche.

La malade était sujette à des crises de nerfs, suivant son expression, quand elle avait ses règles.

A l'âge de trente un ans elle a eu de la diplopie passagère, à trente-quatre ans des lancées dans les jambes et des crises gastriques, et à trente-six ans de l'incertitude dans la marche. Un jour, en sortant de son travail, elle a senti ses jambes se dérober sous elle et depuis cette époque seulement elle a peur de tomber en marchant.

Elle offre actuellement tous les symptômes classiques du tabes : signes de Romberg et de Westptal, perte du sens musculaire (la malade perd ses jambes dans son lit et la nuit elle va à leur recherche avec la main).

Douleurs passagères dans les jambes, constriction thoracique, hyperésthésie suivant le trajet des 9e et 10e nerfs intercostaux gauches, retard peu marqué de la sensibilité cutanée, pas de stigmates d'hystérie.

Étant au lit la malade lève les jambes à plus de 30 cent. du plan du lit avec quelques oscillations; en marchant l'ataxie n'est pas très marquée.

« Quand je veux marcher, dit-elle, je pense que je vais tomber. » Elle ne s'avance dans la salle qu'en s'appuyant à tous les lits; si on la place au milieu de la chambre, elle éprouve une constriction épigastrique avec gêne respiratoire et anxiété ; ses jambes se raidissent et elle ne peut plus faire un pas, le pouls augmente de fréquence et de 100 passe à 120. Si, sur mes instances, elle essaye de marcher, à son ataxie se surajoute un tremblement engendré par la peur. Au contraire, si on la soutient légèrement, ou même si on en fait seulement le simulacre, elle marche avec une légère incoordination sans présenter de tremblement appréciable. La basophobie n'est certes pas ici proportionnelle à l'ataxie.

Quand la malade se trouve en haut d'un escalier, elle est prise d'une sensation vertigineuse qui vient encore augmenter sa basophobie ; la première fois qu'elle avait senti ses jambes s'effondrer sous elle, c'est précisément en descendant un escalier. Cette ataxique sait que d'habitude à la visite je la fais marcher ; aussi, à mon entrée dans la salle, sans que je m'approche de son lit, est-elle prise d'une véritable angoisse. L'augmentation de fréquence du pouls constatée par mon interne en est une des manifestations les plus facilement appréciables.

Ces considérations et ces faits sur lesquels je viens de retenir, peut-être un peu longuement, votre attention, Messieurs, montrent d'une manière très nette la place importante qu'on doit assigner à la basophobie, parmi les troubles psychiques de l'ataxie locomotrice, et constituent une

nouvelle preuve, superflue je crois en ce Congrès, des lieus qui unissent la psychiatrie à la neurologie.

M. **HARTENBERG** dit avoir observé la basophobie dans la sclérose en plaques, comme dans le tabès. Il pense que l'on peut atténuer ce symptôme dans l'une et l'autre maladie par la rééducation fonctionnelle systématique de Frænkel.

M. **RÉGIS** rappelle que la basophobie n'est pas autre chose que ce qu'il avait désigné du nom d'ananastasie. Il divise les basophobes en deux catégories, les uns étant des basophobes simples, tandis que les autres sont de véritables obsédés.

M. **BALLET** insiste sur les difficultés de diagnostic que peut faire naître l'association des phobies et des maladies organiques des centres nerveux. Il a vu un cas dans lequel la basophobie a masqué pendant assez longtemps une affection réellement organique dont l'évolution s'est faite ultérieurement

MM. **ANGLADE** et **RISPAL**. — *Etat des cellules nerveuses chez un épileptique mort en état de mal épileptique.*

Résumé

Il s'agit d'un sujet mort en état de mal épileptique, après avoir présenté toutes les grandes manifestations physiques et psychiques de la névrose.

Son système nerveux, recueilli dans de bonnes conditions, a été étudié par les méthodes de Nisol et de Golgi. Dans les régions cervicale et lombaire de la moelle, les cellules radiculaires ont été reconnues normales. De même, les cellules des noyaux du bulbe. Dans le cervelet, les cellules de Purkinje sont généralement saines. C'est à peine si quelques-unes sont le siège d'un processus de chromatolyse peu accusé et encore moins caractéristique.

Dans le cerveau, les lésions sont très importantes. Les

cellules pyramidales ont perdu leur forme et leur volume. On les voit souvent avec un corps boursouflé, vacuolisé, duquel se détache un prolongement filiforme et tortueux. Parfois, au contraire, le volume du corps est tellement réduit et le prolongement protoplasmique principal si augmenté de volume qu'il est impossible de dire où finit l'un et où commence l'autre. La substance chromatique et la trame achromatique sont détruites en partie.

Mais, la lésion principale que nos préparations font ressortir, avec évidence, c'est l'invasion des cellules par des corpuscules apparemment névrogliques; c'est, surtout, le développement de ceux-ci aux dépens de la cellule qu'ils envahissent : sorte de phagocytose d'origine névroglique dont quelques-unes des phases s'observent bien sur nos coupes.

On ne peut pas dire si cette phagocytose précède ou suit la mort de la cellule.

En outre, cette phagocytose n'est pas spéciale au cerveau des épileptiques. Elle a été observée, par l'un de nous, à un degré beaucoup moindre, il est vrai, chez un dément complet dont le système nerveux, tout entier, était le siège d'altérations profondes.

M. le Dr MALLY

Un cas de paralysie faciale double d'origine bulbaire. — Traitement électrique des paralysies faciales

Le Dr Mally rapporte l'observation d'un malade de soixante-sept ans qui, à la suite d'une perte de connaissance, présenta une paralysie faciale double. L'examen électrique montra la réaction de dégénérescence complète à gauche — réactions normales à droite. Le facial droit récupéra ses fonctions au bout de deux mois, le facial gauche demeura paralysé definitivement.

Après avoir insisté sur l'utilité de l'exploration élec-

trique, l'auteur montre l'inutilité du traitement local dans les cas qui présentent la réaction de dégénérescence. Dans ces cas le traitement local est inutile sinon nuisible. Les muscles non dégénérés sont susceptibles au contraire de bénéficier dans une large mesure du traitement électrique localisé et généralisé. (Electrisation statique.)

Observation

Au mois d'avril 1896, nous avons observé à l'hôpital Bichat un malade âgé de soixante-sept ans, qui se présentait dans les conditions suivantes : le 17 avril 1896. le matin en mettant ses chaussures, il ressent un léger étourdissement, il roule à terre, reste deux heures sans connaissance, pendant lesquelles on le relève, on le couche sur son lit sans qu'il en ait conscience, et finalement sort de cet état sans rien présenter d'autre qu'une paralysie faciale double. On l'amène à l'hôpital dans le service de M. Roques. Nous l'examinons quinze jours après son accicent. Le malade ne présente aucun trouble de l'intelligence, ni sensoriel ; l'audition, la phonation, la déglutition sont conservées, la sensibilité générale est intacte, il ne présente aucun trouble de la motilité en dehors de sa paralysie faciale.

Celle-ci est complète et égale des deux côtés ; le visage est complètement immobile et la peau des joues, glissant sur l'aponévrose, entraîne par son poids les paupières inférieures, produisant un double ectropion, ce qui contribue à donner au visage un aspect des plus étranges : il existe un double épiphora. l'articulation des mots est presque impossible à cause de la flaccidité des joues et de l'immobilité des lèvres ; la mastication est très laborieuse. Dans ces conditions, les troubles du goût sont difficiles à mettre en évidence ; la langue paraît avoir conservé sa mobilité ordinaire ainsi que le voile du palais.

L'examen électrique donne les résultats suivants : réaction complète de dégénérescence à gauche, aucune altération de l'excitabilité électrique à droite. C'est le seul signe clinique qui permît de faire une différence entre l'état de la face à gauche et à droite. Il était suffisant pour prévoir une évolution différente des deux paralysies. En effet, vers la fin du deuxième mois, la moitié droite de la face avait récupéré tous ses mouvements. l'ectropion avait disparu, l'articulation des mots était plus satisfaisante : tandis que du côté gauche, la paralysie dure encore au bout de dix-huit mois et paraît avoir peu de tendance à la

guérison. Il est à noter que, malgré la persistance de la paralysie, l'excitabilité faradique et galvanique directe et indirecte a réapparu, quoique très affaiblie, dans le grand zygomatique et le carré du menton ; ces deux muscles sont réduits à un très mince faisceau de fibres qui ne paraît pas entrer en contraction sous l'influence de la volonté, mais dont on peut mettre la contractilité en évidence par l'excitation dont nous venons de parler. Tous les muscles de cette moitié gauche de la face sont visiblement atrophiés ; l'ectropion persiste également de ce côté.

Il se serait donc passé là quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans certains cas de poliomyélite antérieure, où, après une destruction en masse d'un territoire musculaire, il réapparaît quelques vestiges de réparation plus ou moins complète. Sans entrer dans une discussion étiologique approfondie, nous nous croyons autorisés à penser qu'il s'agit d'un foyer de ramollissement bulbaire ayant intéressé inégalement les noyaux du facial ou leurs fibres émergentes, d'où les caractères nettement périphériques que présente la maladie dans son évolution.

Cette observation nous paraît mériter quelque attention, d'abord parce que son origine hémorrhagique ne nous paraît pas douteuse, ensuite parce qu'elle nous donne l'exemple d'une double paralysie ayant évolué d'une manière tout à fait différente d'un côté et de l'autre. En somme, le malade a présenté une paralysie grave et une paralysie bénigne sous l'influence d'un accident unique. Enfin, en l'espace de deux ans, il n'a présenté aucun symptôme qui puisse faire naître l'idée d'une affection bulbaire à forme progressive.

L'exploration électrique, dans ce cas très particulier, montre quel secours précieux ce mode d'exploration peut apporter à l'étude des paralysies périphériques ; ces paralysies se trouvant de la sorte bien définies dès le début, il devient possible d'instituer un traitement judicieusement approprié.

L'exploration électrique nous permet de diviser ces paralysies en deux groupes bien distincts : 1° celles qui présentent la réaction de dégénérescence complète d'em-

blée; 2° celles qui ne présentent que la réaction partielle ou pas d'altération de l'excitabilité. Ces dernières guérissent toujours en quelques semaines, deux mois au plus, et peuvent être traitées avec avantage par les différents procédés d'électrisation localisée; ce traitement est de tradition, nous n'insistons pas; mais pour les paralysies faciales graves, présentant dès les premiers jours la réaction de dégénérescence complète, la durée minimum est d'ordinaire de six mois; selon les circonstances, ces paralysies peuvent durer beaucoup plus longtemps et même rester incurables. Or, aucun fait n'est venu, jusqu'à présent, démontrer que l'électrisation localisée a pu abréger, d'une façon appréciable, la durée de ces sortes de paralysie. Si l'on considère, par exemple, une série de malades présentant tous une paralysie faciale grave, nous pensons que, parmi ces malades, ceux qui doivent guérir verront leur affection disparaître aussi rapidement, sans traitement électrique local, qu'avec les applications les mieux conduites. Mais il y a plus encore : le traitement électrique localisé peut être défavorable et hâter l'éclosion des contractures qui sont loin d'être une complication exceptionnelle de la paralysie faciale grave, les polémiques déjà anciennes entre Duchenne (de Boulogne) et Remak prouvent que l'électrisation localisée peut être incriminée avec quelque raison parmi les causes qui peuvent favoriser l'apparition des contractures. Il serait donc temps de s'apercevoir qu'une paralysie dont le substratum anatomo-pathologique est constitué par des lésions organiques manifestes, telles que la disparition du cylindraxe, de la plaque motrice terminale, etc., ne réclame pas la même thérapeutique que les paralysies bénignes. Celles-ci, en effet, ne relèvent que d'une modification dynamique, ou tout au moins d'une altération peu accentuée du système nerveux périphérique. Or, l'exploration électrique, ainsi que nous le faisions remarquer tout à l'heure, nous permet de distinguer ces deux groupes d'une façon péremptoire : l'un est du domaine de l'électrothérapie, l'autre est du ressort de la médecine générale ou de la chirurgie, suivant les cas.

Quant au traitement électrique en lui-même il y a avantage à modifier l'ancienne formule de Duchenne de Boulogne, de Erb de Remak, etc. L'emploi de l'électricité statique permet par exemple d'ajouter aux interventions locales un traitement d'ordre général dirigé contre la diathèse (rhumatisme, arthritisme, diabète, etc.).

M. le Dr MALLY

Paralysie périphérique d'origine traumatique. Troubles réflexes concomitants

Diagnostic et traitement par l'électricité

Observation

C. L. ., 46 ans, entre à l'hôpital Bichat, service de M. le professeur Terrier, pour y être opérée d'une tumeur siégeant au niveau du creux poplité de la jambe droite.

La malade, blanchisseuse de son état, d'aspect assez satisfaisant, prétend avoir été chétive toute sa vie. Elle a marché à 4 ans, a parlé très tard, vers le même âge, réglée à 16 ans, toujours régulièrement, n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche. Ses antécédents personnels se réduisent à quelques érysipèles de la face ; elle a des bronchites tous les hivers.

Au mois de juillet 1897, elle commence à souffrir de la jambe droite, elle ressent des fourmillements, des engourdissements, il y a un peu d'œdème le soir. Au mois de septembre les symptômes précédents s'accentuent, et la malade perçoit au toucher une grosseur au niveau du creux poplité ; à partir de ce moment son travail lui devient impossible et la malade entre à l'hôpital le 6 janvier 1898.

Le 28 janvier, M. Fredet pratique l'ablation de la tumeur. L'incision conduit sur une masse située au-dessous de l'aponévrose, en contact avec le nerf sciatique poplité externe en dehors et une grosse veine en dedans.

Cette masse, de la grosseur d'une mandarine, paraît formée par la coalescence de quelques ganglions lymphatiques, elle est extirpée à la curette, la peau est suturée sur un gros drain.

Au cours de l'opération, le saphène péronier a été découvert et récliné, puis le sciatique poplité, interne également ; ces deux nerfs présentaient un aspect normal. A un moment donné, probablement sous l'influence d'une traction exagérée, on a noté une secousse dans le pied.

Le lendemain 22 janvier, la malade se plaint de douleurs vives au niveau de la face dorsale du pied, on constate une parésie très marquée des extenseurs, parésie qui va en augmentant les jours suivants. La plaie opératoire guérit sans incidents, le drain est retiré au bout de dix jours, la réunion est parfaite dans la superficie et dans la profondeur, la cicatrice n'est pas douloureuse.

Le 8 février, nous examinons la malade et nous constatons les faits suivants : la paralysie des muscles innervés par le tibial antérieur est complète (jambier antérieur, extenseur propre du gros orteil, extenseur commun, pédieux et péroniers), la réaction de dégénérescence est complète, les muscles désignés présentent un certain degré d'atrophie, l'attitude du pied représente le pied bot paralytique classique, chute de la pointe du pied (équin vagus). La marche s'accomplit en steppant sans raideur et sans spasme.

Les troubles de la sensibilité sont très peu marqués : la malade perçoit la piqûre d'une épingle par toute la jambe, un peu moins sur le dos du pied qu'ailleurs, cette dernière région est toujours le siège de douleurs assez vives comparées par la malade à une sensation de brûlure, plus intense la nuit que le jour.

Jusqu'ici, les symptômes décrits sont ordinaires, mais l'examen des réflexes nous réserve un état de choses assez exceptionnel. En effet, les réflexes rotuliens sont très exagérés à droite et à gauche, ils sont plus vifs à droite du côté malade ; le pied droit présente la trépidation épileptoïde très manifeste, le pied gauche également, quoique à un degré moindre.

Enfin le triceps crural droit présente un certain degré d'émaciation, l'excitabilité mécanique de ce muscle est conservée, son excitabilité électrique diminuée.

Nous avons institué le traitement suivant : pinceau faradique sur la cuisse et la jambe pendant dix minutes. et faradisation localisée du triceps crural. Aucune application locale sur les muscles qui présentent la réaction de dégénérescence.

L'évolution de ces divers symptômes fut la suivante : les douleurs furent amendées assez rapidement, mais la marche les provoque et les exagère toujours : la trépidation épileptoïde des

pieds disparut au pied gauche au bout d'un mois environ, puis au pied droit vers la fin du mois suivant (mars).

Les réflexes rotuliens sont actuellement normaux à gauche, ils sont encore exagérés à droite.

L'excitabilité électrique du triceps droit est redevenue normale, ce muscle présente encore un certain degré d'atrophie.

La paralysie du nerf tibial a évolué dans un laps de temps de six mois environ de la façon la plus classique, c'est-à-dire que les mouvements volontaires ont commencé à réapparaître avant le retour de l'excitabilité faradique des muscles, l'excitabilité galvanique exagérée avec inversion polaire dans le courant du premier et du deuxième mois était tombée ensuite au-dessous de la normale, mais n'avait pas disparu pour les muscles. Le nerf était inexcitable aux deux courants dès le début.

Cette observation nous paraît présenter un certain intérêt à plusieurs points de vue : d'abord les conditions du traumatisme, point de départ des accidents, présentent un caractère de précision presque expérimental.

Un premier point à remarquer nous paraît être celui-ci : l'état de vulnérabilité que peut présenter le système nerveux chez certains malades : il est évident que la traction exercée sur le nerf saphène externe n'a été ni exagérée, ni surtout comparable aux élongations de nerfs que l'on exécute couramment en chirurgie, élongations qui sont rarement suivies d'accidents paralytiques graves. Les causes de cette vulnérabilité du système nerveux, central ou périphérique sont évidemment multiples et sont encore très peu définies.

Sans vouloir analyser ici les causes en elles-mêmes, nous ferons observer que chez notre malade, l'intoxication probable par l'oxyde de carbone, peut être aussi l'alcool, l'état nécropathique du sujet peuvent jusqu'à un certain point expliquer cet état de vulnérabilité ; mais en somme, les conditions pathologiques qui font que certains individus jouissant d'une santé satisfaisante en apparence sont sujets à de graves lésions organiques du système nerveux, à propos d'un traumatisme inoffensif, nous demeurent encore parfaitement inconnues, et actuellement aucun

signe clinique ne permet au chirurgien de prévoir ces accidents avant d'entreprendre une intervention.

Un second point également digne d'intérêt est le suivant :

Cette malade a présenté en même temps deux sortes d'accidents nerveux qui sont de nature bien différente : 1° une paralysie par névrite de cause externe, paralysie bien déterminée, très banale et qui ne présente absolument rien de particulier ; nous ferons observer simplement que l'exploration électrique est des plus précieuses en pareil cas ; ce mode d'investigation peut donner dès le début une indication précise sur le degré de gravité de la paralysie. On sait, en effet, que ces sortes de paralysie par traumatisme des nerfs peuvent affecter une marche des plus irrégulières, quelques-unes guérissent en trois semaines, d'autres durent des années et peuvent rester incurables. Il est bon de faire remarquer ici que l'exploration électrique peut dès la fin de la première semaine faire prévoir si la paralysie sera bénigne, de gravité moyenne ou très grave. Selon que l'excitabilité neuro-musculaire sera conservée, ou que la réaction de dégénérescence se montre d'emblée on pourra conclure avec certitude que la paralysie guérira dans un laps de temps de trois à six semaines dans le premier cas et dans le second aura une durée qui ne sera pas inférieure à six mois au moins et peut-être demeurera incurable selon l'évolution ultérieure ; enfin la réaction partielle de dégénérescence indiquera des cas intermédiaires de gravité moyenne.

De plus, l'exploration électrique nous renseignant assez exactement sur le degré d'altération des fibres nerveuses, et sur l'état anatomique du cylindraxe, va nous permettre d'instituer un traitement vraiment rationnel de ces paralysies.

A la première catégorie, en effet, la guérison spontanée ayant lieu dans un très court espace de temps, il sera à peine nécessaire d'instituer un traitement actif, quelques mesures hygiéniques, quelques séances d'électrisation, que l'on pourra se dispenser, du reste, d'imposer aux malades

nécessiteux ou très occupés, hâteront peut-être de quelques jours le retour complet des fonctions.

Les paralysies de gravité moyenne demandent à être surveillées d'un peu plus près, les imprudences telles que l'exposition au froid, à la fatigue, aux traumatismes, pourraient aggraver le pronostic ; de même si le malade présente dans sa santé générale des tares diatésiques ou dans ses habitudes des pratiques contraires à l'hygiène, on s'empressera de remédier à ces indications dans la mesure du possible. Comme traitement local, l'électrisation est évidemment le procédé de choix, il ne présente aucune difficulté, et tous les procédés qui mettent en jeu l'excitabilité neuro-musculaire (faradisation localisée, électrisation statique avec étincelles, galvanisation stabile) en sollicitant la contraction des muscles paralysés seront très utiles et assez efficaces ; chaque séance sera suivie d'un léger progrès dans le sens des mouvements volontaires, et dans ces conditions le succès est certain.

Lorsque la réaction de dégénérescence complète se montre dès le début, les conditions sont toutes différentes ; en effet, dans ce cas on est certain que les tubes nerveux (fibre à myéline et cylindraxe) sont détruits par le processus du retour des éléments anatomiques à l'état embryonnaire. Or, nous ne connaissons aucun procédé d'électrisation qui puisse influencer en bien ce processus de dégénération, ni hâter en aucune façon la régénération des tubes nerveux.

La conception ancienne qui prétendait assimiler l'excitation galvanique à l'influx nerveux et substituer celle-ci à celui-là pour empêcher la dégénérescence de la fibre musculaire et l'atrophie, ne résiste pas à un examen sérieux, et en tout cas est contraire à l'expérimentation clinique journalière ; le mieux en pareil cas est évidemment l'abstention de toute tentative locale ; nous allons montrer, du reste, que les interventions de cette nature peuvent être nettement contre-indiquées.

En dehors de la névrite traumatique que nous venons d'analyser, la malade a présenté des accidents spasmodiques qui sont de nature réflexe. — Nous rappelons que

ces derniers phénomènes consistent en : parésie et amyotrophie du triceps crural droit avec exagération inégale des réflexes (plus accentuée du côté malade que du côté sain, et trépidation épileptoïde des deux pieds, plus marquée également à droite qu'à gauche).

Ces accidents ont évolué vers la guérison beaucoup plus rapidement que la névrite, la rétrocession des phénomènes spasmodiques a été plus lente du côté malade que du côté sain. Ces accidents sont identiques comme nature et comme mécanisme aux amyotrophies réflexes de cause articulaire. Ici le point de départ est évidemment le traumatisme direct du tronc nerveux, l'articulation du genou n'ayant présenté ni douleurs ni signes d'épanchement à aucun moment de l'évolution de la maladie ; ces phénomènes réflexes, dont le siège est les cellules grises des cornes antérieures de la moelle, ont été rarement signalés, nous pensons qu'ils ne sont pas exceptionnels et qu'ils se manifestent au contraire souvent à la suite des traumatismes nerveux. La raison est probablement qu'ils sont ordinairement de peu d'importance, qu'ils guérissent spontanément et que, pour attirer l'attention, il est nécessaire que le malade chez qui on les observe présente une sorte de prédisposition, auquel cas les symptômes peuvent présenter une certaine confusion. — Nous rappellerons cependant que, grâce aux nouvelles méthodes d'examen histologique, on a pu déceler récemment des altérations des cellules des cornes antérieures consécutivement à la section des nerfs chez les animaux.

Enfin, nous connaissons plusieurs cas où nous avons été témoin de véritables paralysies réflexes dans le territoire d'un nerf voisin à la suite d'intervention chirurgicale sur un tronc nerveux (avivement et suture).

Ces phénomènes ne nous paraissent donc pas exceptionnels ; nous avons tenu à les rapporter ici en détail parce que notre observation présente un caractère de précision pour ainsi dire expérimentale, et aussi pour montrer que l'indication thérapeutique peut être très variable dans le cas de paralysie périphérique. Pour nous en tenir au cas que nous rapportons, nous voyons maintenant qu'il était abso-

lument contre-indiqué d'électriser brutalement les muscles paralysés sous peine de s'exposer à exagérer les phénomènes spasmodiques concomitants ; au contraire, certains procédés de révulsion cutanée, tels que le pinceau faradique ou la friction statique, ont pour effet d'atténuer la réflectivité médullaire ainsi qu'on le voit journellement chez les neurasthéniques et chez les arthritiques qui présentent de l'exagération des réflexes rotuliens *(Mauquat-Vigouroux).*

D'après MM. Ballet et Marinesco *(Soc. de biologie*, 9 mars 1897), lorsqu'on sectionne un nerf, on observe d'abord dans la cellule, centre d'origine, des lésions de réaction (tuméfaction de la cellule, chromatolyse centrale, projection du noyau à la périphérie) auxquelles succède, après une vingtaine de jours, la phase de réparation, etc.

En tous cas, le traitement que nous avons institué chez cette malade et que nous suivons toujours en pareil cas, nous a paru donner des résultats satisfaisants tels qu'on en peut attendre d'un traitement dans ces conditions. Il nous paraît satisfaire à la véritable indication de thérapeutique localisée. Il est évident que les indications d'ordre général, auxquelles nous faisions allusion plus haut, doivent être remplies très soigneusement.

M. le Dr MALLY (de Paris)

Ligature de l'artère humérale au pli du coude
Troubles paralytiques consécutifs

Le nommé B..., âgée de vingt-six ans, vigoureux, exerçant la profession de garçon de lavoir, se présente le 20 mai 1896 à la consultation d'électrothérapie de l'hôpital Bichat, dans les conditions suivantes :

Trois semaines auparavant, le 2 mai, à 4 h. 1/2 du soir, en taillant une tranche de pain avec un couteau aigu et très affilé, il fait une échappée, et la pointe de son instrument

vient frapper le bras gauche exactement au milieu du pli du coude. Un jet de sang artériel jaillit aussitôt. L'hémorragie est combattue par une compression immédiate de la plaie, et le blessé se rend de suite à l'hôpital Bichat. L'interne de garde, M. Du Bouchet, intervient séance tenante, et, en débridant la plaie, découvre l'artère humérale sectionnée presque entièrement, les deux bouts n'étant reliés que par un mince lambeau de paroi.

L'intervention se termine par la ligature double de l'artère, et par la suture de la plaie cutanée.

Les suites furent très simples, et sauf l'élimination d'un fil profond, la guérison fut rapide.

Le 29 mai, nous constatons l'état suivant : La plaie est complètement cicatrisée; la cicatrice longue de 4 centimètres, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, est un peu saillante et de couleur violacée. La peau de l'avant-bras est un peu foncée de couleur : tandis que la face antérieure de l'avant-bras droit est blanc mat, l'avant-bras gauche présente une teinte légèrement bleuâtre; cette différence s'accuse à mesure que l'on gagne l'extrémité du membre; la main gauche est de couleur livide, elle présente un œdème assez marqué, la peau des doigts est lisse, les plis articulaires sont conservés, les ongles sont légèrement ardoisés. La main gauche est plus froide au toucher que la droite. Enfin le pouls ne peut être senti ni dans la radiale, ni dans la cubitale gauche, tandis qu'à droite cette constatation est facile.

L'altération de la sensibilité cutanée est très peu accentuée, le malade perçoit la piqûre d'une aiguille, distingue cette sensation de celle produite par un corps mousse, un corps sec est distingué d'un objet humide, le froid du chaud, etc., quoique ces sensations soient un peu émoussées d'ensemble. Le malade déclare seulement que sa main lui paraît froide et engourdie.

Les troubles de la motilité sont au contraire beaucoup plus accentués : la main ne présente pas un état de flaccidité absolue, les doigts sont écartés en demi-flexion ; le malade ne peut leur imprimer aucun mouvement, cette attitude nous paraît avoir été déterminée par l'immobili-

sation nécessitée par le pansement occlusif, et par l'état œdémateux des tissus. Toutes les articulations sont, du reste, parfaitement libres et permettent tous les mouvements passifs. Si l'on tourne la main, la face palmaire vers le sol, le poignet se fléchit légèrement, et peut être relevé faiblement par l'action des radiaux et de l'extenseur commun des doigts ; au contraire, si l'on retourne la main, la face palmaire en haut, le malade ne peut exécuter aucun mouvement de flexion du poignet, ni des doigts, il n'exerce aucune pression au dynamomètre. Du côté droit la pression est de 41 kil. Les mouvements de pronation et de supination sont conservés. Il existe un certain degré d'atrophie : la circonférence maximum de l'avant-bras gauche est inférieure de deux centimètres à celle de l'avant-bras droit. Les éminences thénar et hypothénar ne paraissent pas émaciées non plus que les espaces interosseux.

En résumé, 27 jours après l'accident il existe une paralysie absolue des muscles, des éminences thénar, hypothénar, des interosseux, des fléchisseurs propres et communs, des cubitaux; une parésie très marquée des radiaux et des extenseurs; enfin, l'intégrité complète des long et court supinateur et rond pronateur.

L'exploration électrique pratiquée à ce moment, donne des résultats assez particuliers que nous avons consignés dans un tableau (voir page suivante).

Si nous résumons ce tableau, nous voyons que les nerfs médian cubital et radial sont normalement excitables au-dessus et au-dessous du coude, que les muscles sont tous excitables au courant faradique à peu près normalement; on note à peine une diminution d'excitabilité qui n'est pas constante ; mais à mesure qu'on approche de la périphérie du membre et surtout dans les petits muscles de la main, on observe au courant galvanique des secousses tétaniques lentes avec inversion de la loi des secousses, et cela aussi bien dans le domaine du radial et du cubital, qui n'ont certainement pas été lésées, que dans celui du médian, ce dernier à la rigueur aurait pu être comprimé par le tissu de cicatrice.

Nous nous trouvons donc là en présence d'un cas assez anormal sous tous les rapports : d'abord la paralysie consécutive à une oblitération artérielle n'a jamais été signalée dans de pareilles conditions, et l'examen électrique donne des résultats complètement inattendus.

Quoi qu'il en soit, et dès le début, nous avons conclu à une affection passagère, et l'évolution de la paralysie est venue confirmer notre pronostic. En effet, après un traitement de 3 semaines, les gros muscles de l'avant-bras avaient repris assez de tonicité pour permettre quelques mouvements de flexion et d'extension du poignet, de flexion et d'extension des phalanges, le malade put recommencer à vaquer à quelques-unes de ses occupations habituelles, il portait des seaux d'eau de la main droite, et il pouvait prendre un point d'appui sur la paume de la main gauche pour soulever ses fardeaux de la main droite.

A partir du 29 juin, nous ne le revoyons qu'à de rares intervalles et un mois après, vers le 20 juillet, il vint nous faire constater la guérison complète de sa paralysie, la pression dynamométrique était de 40 kilos à gauche et 41 kilos à droite.

Le pouls n'avait du reste pas reparu ni dans la radiale, ni dans la cubitale.

La seule gêne qui persiste, et qui est, du reste, peu importante, consiste en ce que sa cicatrice est chéloïdienne, adhérente aux tissus sous-jacents et limite un peu l'extension complète de l'avant-bras.

29 mai 1896	COURANT FARADIQUE		COURANT GALVANIQUE		
	droite	gauche	droite	gauche	
Nerf médian (bord interne du biceps)	centimètres KFS — 13	centimètres KFS — 10	milli. KFS — 5	milli. KFS — 5	
Grand palmaire	» 12	» 9	» 7	» 7	
Fléchiss. prof. des doigts	» 11 1/2	» 11 1/2	» 5	m. a. » 5	
Nerf médian (au poignet)	» 9	» 6	m. a. » 5	» 1/2	contraction lente dans éminence thénar
Court abducteur du pouce	» 10 1/2	» 7 (lente)	» 4	» 2	An FT e KFS
Opposant	» 9 1/2	» 7 1/2	» 5	»	An FE e > KFT e

29 mai 1896	COURANT FARADIQUE		COURANT GALVANIQUE	
	droite	gauche	droite	gauche
Nerf cubital (à l'épitrochlée).	cent. KFS — 13	cent. KFS — 10	milli. KFS — 5	KFS — 5 milli.
1er interosseux dorsal.......	» 9 1/2	« 9 1/2	» 6	KFS < A'n FT e 4 milli.
Les 4 autres interosseux...	Id.	Id.	Id.	Id.
Court fléchisseur du petit doigt.	» 9 1/2	» 7 1/2	» 5	KFT e < An FT e 5 milli.
Nerf radial.....	cent. KFS — 10 1/2	cent. KFS — 10 1/2	R=11500 ω KFS—3 m.a.	R = 7420 ω nuque-poignet KFS 3 m.a.
1er radial ext...	10 1/2	10 1/2	8 »	» 8 m.a.
Ext. conn. des doigts.......	» 10 1/2	10 1/2	» 5 »	KFTe > An FTe 8 m.a.
Ext. du pouce..	» 11	9 1/2	» 5 »	KFTe > An FTe 8 m.a.

Enfin, fait important à noter, les réactions électriques étaient redevenues normales, on ne retrouvait plus trace de secousses tétaniques dans les petits muscles de la main. même avec un courant galvanique très fort (80 volts).

La genèse des accidents, qui présente une simplicité et une précision presque expérimentales, l'évolution de la paralysie générale, enfin l'exploration électrique nous empêchent de considérer cette paralysie comme une paralysie traumatique.

On pourrait à la rigueur songer à une paralysie d'ordre réflexe, par exemple à une variété de la paralysie spasmodique amyotrophique. Mais, outre que ces sortes de paralysies s'accompagnent des troubles de l'excitabiilté électrique classiques, ici le manque de spasme, d'exagération des réflexes, la guérison rapide, nous empêchent de nous arrêter à ce diagnostic.

Pour les mêmes raisons, nous n'insisterons pas davantage sur l'hypothèse d'une paralysie hystériforme ou d'ordre toxique. Nous pensons au contraire que l'explication de ces phénomènes paralytiques doit être fournie par le trouble circulatoire occasionné par la ligature des deux bouts de l'humérale. Quoique la littérature médicale nous rapporte de nombreux cas de ligature de ce vaisseau, nous n'avons jamais vu signaler une paralysie consécutive de

l'importance de celle que nous rapportons ici. Dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, nous trouvons l'indication suivante : « Après la ligature de l'aorte, la sensibilité des « membres inférieurs devient plus ou moins imparfaite. « P. H. Bérard constata une paraplégie immédiate chez un « chat sur lequel il fit cette opération » (1).

Des faits authentiques et très consciencieusement observés dans la clinique, d'une part, et dans l'expérimentation physiologique, d'autre part, vont nous permettre de mettre en lumière les altérations que le système nerveux peut présenter à la suite d'un trouble circulatoire :

1° MM. Joffroy et Achard (2) signalent en 1889, comme n'ayant jamais été indiqué avant eux, le mode suivant de pathogénie des névrites périphériques Une malade de soixante-trois ans présentant des signes d'athérome artériel fut prise, un an avant sa mort, de douleurs et de paralysie des membres inférieurs. La terminaison fatale ayant eu lieu par pneumonie dans le service de M. Joffroy, l'autopsie démontra que les vaisseaux intra-parenchymateux des cordons nerveux étaient à peine perméables, certains présentaient une lumière oblitérée et ces altérations étaient d'autant plus accentuées à mesure que l'on s'éloignait de l'émergence du nerf pour gagner la périphérie.

Enfin le résultat de ces lésions était une névrite parenchymateuse diffuse classique frappant les tubes nerveux proportionnellement à l'importance des lésions artérielles ; c'est-à-dire que les lésions nerveuses, peu importantes dans le haut du sciatique, occupaient le premier rang dans les rameaux périphériques de la jambe et du pied, certains de ces rameaux étant complètement dégénérés.

La moelle et les racines spinales étaient intactes. L'exploration électrique avait montré l'inexcitabilité absolue des muscles du mollet de la région antéro-latérale des jambes et des muscles du pied au courant faradique ; les réactions galvaniques ne présentaient que peu d'altération.

(1) Dict. encycl. des Sc. médicales, article Aorte.

(2) Joffroy et Achard. *Ann. de méd. exp.* 1889, p. 220.

2° MM. Ballet et Duthil ont annoncé au congrès de Moscou de 1897 les résultats de recherches expérimentales, portant sur les altérations nerveuses que l'on observe dans la région antérieure de la moelle chez les animaux, lorsque l'on entrave la circulation médullaire par la compression de l'aorte. La méthode de Nysl a permis à ces expérimentateurs de surprendre, pour ainsi dire sur le fait, les altérations histologiques des cellules des cornes antérieures lorsque l'on anémie la région.

Les phénomènes paralytiques observés ont une très grande analogie avec ceux que nous rapportons ici, mais les recherches histologiques n'ayant porté que sur les cellules motrices et non sur le cylindraxe, on ne peut, en ce qui nous concerne, que tirer des conclusions de vraisemblance, qui, dans l'espèce, ont cependant une grande valeur.

Pour toutes ces raisons, nous nous croyons autorisé à formuler la conclusion suivante :

Un trouble circulatoire accidentel ou pathologique peut, chez le malade, entraîner des lésions nerveuses périphériques qui donneront lieu à des phénomènes paralytiques plus ou moins importants suivant l'importance du trouble circulatoire.

Enfin on voudra bien remarquer avec nous, que les réactions électriques observées présentent un ensemble de caractères assez anormaux qui apportent un certain contingent de probabilité en faveur de l'hypothèse pathogénique nouvelle que nous proposons ici.

MM. SÉGLAS et LONDE

Tumeur du corps calleux

Les observations de tumeur du corps calleux sont encore assez peu nombreuses pour qu'il soit utile d'en rapporter une observation isolée. Devic et Paviot n'en ont pu réunir

que dix-huit cas. Celui que nous avons observé est remarquable au point de vue anatomique ne fût-ce que par la topographie de la lésion, et au point de vue clinique par l'existence de deux symptômes considérés comme cardinaux, à savoir : 1° l'apparition précoce de troubles mentaux et de l'intelligence ; 2° les phénomènes de parésies et de contractures, ou de convulsions prédominant d'un côté, mais intéressant l'autre à un degré moindre.

Antécédents. — Mlle Bon..., âgée de vingt et un ans, tomba malade en octobre 1892. On relève quelques antécédents nerveux héréditaires, et, comme antécédents personnels : des convulsions en bas âge, un écoulement de l'oreille gauche, et une fièvre typhoïde à l'âge de huit ans, affection qui ne laissa pas intactes la santé et la mémoire de la malade.

Son caractère était sombre, entêté et jaloux.

Début. — En octobre donc elle devient plus triste, irritable et émotive ; elle ressent des douleurs de tête épouvantables et reste hébétée devant son ouvrage ; elle trouve tout changé, n'est plus sûre de rien, et perd la mémoire des faits récents. En novembre elle éprouve de la faiblesse de la jambe gauche puis du bras gauche, puis de la jambe droite et du bras droit et des douleurs par tout le corps. En mai, délire d'auto-accusation et agitation. Hallucinations de la vue (elle voit des bêtes) et de l'ouïe (on l'appelle méchante). Les règles sont suspendues.

Examen. — Elle entre à la Salpétrière le 14 juin dans un état typhoïde, ayant 38°1 le soir. Le regard est étonné, elle reste dans le mutisme. Il y a une carphologie incessante, du tremblement intentionnel, de la raideur des membres et de l'exagération des réflexes. Pas de troubles de la sensibilité. Elle urine au lit. Insomnie. La déglutition est difficile et on est obligé de l'alimenter par la sonde : amaigrissement.

Evolution. — Amélioration en juillet, la fièvre tombe ; la malade demande où elle est ; elle dit qu'elle ne souffre ni moralement, ni physiquement. Elle recommence à manger seule et arrive en août à se lever mais soutenue.

Elle cause davantage tout en restant confuse.

Brusquement, le 4 septembre, elle est reprise de douleurs de tête, de fièvre sans que l'état mental soit pire. Le tremblement est plus fort, il y a du clonus et peu à peu apparaissent des signes de méningite : machonnement, vomissement. raideur

du cou, strabisme externe de l'œil droit, mystagmus, irrégularité du pouls, coma.

Elle meurt le 28 septembre. Dans les derniers jours seulement on percevait de la respiration soufflante dans la fosse sous-épineuse gauche. Elle avait eu aussi une phlébite, de l'albuminurie légère et une glycosurie abondante. Quatre jours avant sa mort elle eut cinquante-deux accès épileptiformes.

Autopsie. — Tuberculose pulmonaire ancienne et récente. Ulcérations intestinales. Pas de granulations sur les méninges qui sont cependant congestionnées et adhérentes en quelques points notamment au niveau du lobe paracentral droit. Il existe des bacilles de Kock dans le frottis de la rate.

Outre ces lésions qui expliquent sans doute la période terminale de la maladie et quelques autres symptômes, on en trouve une autre qui a été vraisemblablement la cause de l'état mental et des phénomènes pariéto-spasmodiques bilatéraux signalés.

Tumeur. — Sur la coupe vertico-transversale passant un peu en avant des couches optiques, on trouve, occupant le corps calleux et le centre ovale des deux hémisphères, une zone grisâtre un peu rosée, tranchant sur la substance blanche, par sa couleur et sa consistance plus dure, d'un aspect quelque peu lacunaire. Il n'y a ni hypertrophie, ni déformation des parties. Le néoplasme envoie du prolongement dans les faisceaux frontaux supérieur et moyen et ainsi, d'autre part, au bord supérieur de la capsule interne, intéressant peut-être le faisceau occipito-frontal. La lésion s'étend depuis la coupe frontale jusqu'à la coupe occipitale. Elle occupe une grande partie des faisceaux pariétaux.

Examen histologique. — Au microscope on trouve en pleine zone malade un tissu presque exclusivement formé de cellules à prolongements multiples et déliés (cellules araiguées de la névroglie) et de fibrilles fines et ondulées par places. Les tubes nerveux ont pour ainsi dire disparu. Les vaisseaux paraissent normaux sauf la congestion qui est récente.

Dans la moelle il existait une sclérose diffuse incomplète du faisceau latéral.

Conclusions. — Le diagnostic de la tumeur du corps calleux aurait peut-être pu être fait, si le cas n'avait pas été compliqué de tuberculose en raison des troubles intellectuels joints aux signes de parésie spasmodique bilatéraux prédominants à

gauche (le développement hémisphérique de la tumeur était plus fort à droite).

Ces troubles intellectuels ont consisté surtout dans la confusion mentale. On peut les attribuer à l'empiètement de la tumeur sur les lobes frontaux et pariétaux.

L'altération décrite rentre peut-être dans ce que Laslin appelle la gliose (sclérose névroglique pure) ; elle est différente en tout cas des gliômes ordinaires du corps calleux.

Il est probable que cette lésion a progressé longtemps latente.

M. le Dr SÉGLAS

Le délire systématique d'auto-accusation

S'il existe de nombreuses observations de délirants systématiques ayant présenté des idées d'anto-accusation, il est à remarquer que, dans les cas envisagés jusqu'ici, les idées d'auto-accusation se manifestent d'ordinaire avec d'autres idées, hypochondriaques, de persécution, de grandeur, présentant la note habituelle des délires systématiques. Le polymorphisme du délire s'opposant à la monotonie du délire d'auto-accusation mélancolique peut alors fournir un élément très sérieux pour le diagnostic différentiel avec la mélancolie délirante.

Mais il est des cas, tout à fait analogues, dans lesquels cet élément diagnostiqué fait défaut, les idées d'auto-accusation constituant à elles seules le délire. C'est sur les faits de ce genre, désignés quelquefois du nom, assez impropre à notre avis, de « mélancolie des dégénérés » et représentant le type pur du délire systématique primitif d'auto-accusation que nous appellerons aujourd'hui l'attention du Congrès.

Si l'on envisage l'aspect symptomatique et l'évolution de l'affection, on peut distinguer : 1° des cas à évolution chronique ; 2° des cas aigus revêtant la forme de délires d'emblée plus ou moins prolongés ou de simples bouffées délirantes.

1° Voyons d'abord les cas à évolution chronique.

Le début des accidents délirants est déjà par lui-même assez caractéristique, car il rappelle exactement celui des formes de délires systématisés primitifs qui nous sont plus familiers, tels les délires de persécution.

Tantôt, en effet, les conceptions délirantes se manifestent subitement, sans avoir été précédées des différents symptômes, somatiques ou psychiques, qui indiquent le début des accès de mélancolie. Tantôt, elles se sont développées d'un façon insidieuse, sans que l'attention de l'entourage ait été attirée sur l'existence d'une affection mentale, avant l'apparition du délire.

L'explication de ce mode de début se trouve tout naturellement dans la constitution psychique même des sujets. Ce sont, en général, des héréditaires plus ou moins tarés, qui, antérieurement déjà, ont pu présenter des symptômes divers de déséquilibration mentale : souvent même on retrouve chez eux certains traits de caractère particuliers. Ce sont des individus peu communicatifs, timides, indécis, scrupuleux, sans cesse défiants et mécontents d'eux-mêmes, vivant d'un idéal chimérique, sujets aux désillusions et aux découragements ; en un mot, présentant déjà en germe des tendances que leur délire semble traduire seulement plus tard d'une façon exagérée. En même temps, leur caractère, par d'autres traits, notamment la susceptibilité, l'orgueil, l'égoïsme, l'entêtement, la méfiance, rappelle quelque peu celui des délirants systématiques ordinaires.

Le symptôme le plus saillant de l'affection une fois constituée consiste dans la présence des idées d'indignité, d'incapacité, de culpabilité, etc., en un mot du délire d'auto-accusation. Mais ce délire se présente sous un aspect, avec des caractères intrinsèques très différents de ceux du délire d'auto-accusation de la mélancolie.

Il se manifeste à titre de phénomène primitif et prédominant, au lieu d'être, comme dans la mélancolie, un phénomène secondaire. Il n'est pas l'expression délirante d'un changement dans la constitution de la personnalité du malade, mais ne représente que l'exagération dans le même sens d'une personnalité déjà anormale.

Aussi, n'a-t-il pas non plus le caractère pénible, de peine morale, que le délire du mélancolique puise dans l'un des éléments fondamentaux de la maladie, la douleur morale. Ici la perturbation affective primordiale est absente : et la seule note émotionnelle que l'on puisse saisir, souvent très nette, dans l'attitude, les discours mêmes du malade, c'est celle de l'amour-propre vexé, d'un mépris affecté de soi-même, de l'orgueil impuissant.

Aussi pourrait-on presque dire que l'humilité du délire n'est qu'une étiquette trompeuse, qu'elle n'est pas une humilité sincère, mais ne traduit souvent qu'un sentiment d'humiliation et, par suite, d'orgueil, de vanité blessée.

D'autre part, il est à remarquer que ce délire d'auto-accusation ne présente pas cette espèce de rayonnement centrifuge du délire du mélancolique. Le malade n'envisage pas les conséquences que peuvent avoir son indignité, son incapacité, sa culpabilité, etc., sur l'avenir des siens. Il fait preuve au contraire d'un profond égoïsme, reste confiné dans l'analyse subjective, la contemplation désespérante de son moi.

Loin d'avoir cette fixité monotone qui fait du délire mélancolique une sorte de litanie, les conceptions délirantes revêtent un caractère de systématisation des plus nets. Les moindres faits sont interprétés par le malade dans le sens de ses idées et deviennent autant de preuves à l'appui de ses convictions. A tout instant, il manifeste un manque de critique absolu, ne se rend à aucun argument ; dans l'édification de son système délirant, il ne se borne pas à chercher des preuves dans le présent, mais il remonte dans son passé pour y trouver à tout instant de nouvelles démonstrations de son indignité et de ses fautes.

Ce délire particulier d'auto-accusation repose essentiellement sur des interprétations délirantes : dans les cas à évolution chronique que nous avons observés, nous n'avons pu relever d'hallucinations. Cela, d'ailleurs, n'infirme nullement la possibilité de leur existence.

Lorsque l'on examine l'état mental sur lequel repose ce délire, on n'y retrouve aucune de ces modifications si caractéristiques qui provoquent et accompagnent le délire

d'auto-accusation chez le mélancolique. Ici, les facultés intellectuelles ont conservé, dans leur exercice, toute leur vivacité. L'attention, la perception, la mémoire, l'association des idées ne témoignent nullement de cet « arrêt psychique » habituel à la mélancolie. En dehors de leur délire partiel, les malades conservent toute leur lucidité, toute leur vivacité d'esprit, et beaucoup d'entre eux peuvent même continuer à s'acquitter comme devant de leurs occupations ordinaires.

Au point de vue émotionnel, il n'y a rien qui rappelle la douleur morale profonde et fondamentale du mélancolique. Tout au plus peut-on noter dans les paroxysmes, à l'état passager, un peu de dépression ou d'agitation anxieuse. Mais il est très aisé de se rendre compte qu'il ne s'agit là que de simples phénomènes réactionnels, tels qu'on les observe souvent par intervalles chez les persécutés systématiques.

En parlant des réactions de ces malades, nous devons une mention toute particulière aux tentatives de suicide qui, mûrement réfléchies, bien combinées, exécutées avec décision, sont souvent les plus dangereuses et déjouent la surveillance la plus attentive.

Au point de vue somatique, comme au point de vue psychique, on ne retrouve encore rien de l'état mélancolique. La nutrition générale reste bonne, les fonctions organiques s'accomplissent normalement. La physionomie, l'attitude, le langage ne rappellent non plus en rien ceux des mélancoliques.

Si rapide qu'il soit, l'exposé précédent suffira sans doute pour montrer combien par le mode de début, les caractères du délire, l'absence de tout symptôme somatique ou psychique d'un état mélancolique fondamental, ces cas diffèrent de la mélancolie pour se rapprocher au contraire de la folie systématique.

Dans la forme chronique que nous avons en vue, le délire se systématise progressivement, puis persiste dans une forme stéréotypée. Parfois surviennent au bout d'un certain temps d'autres idées délirantes, de persécution, de grandeur, dont l'adjonction au système délirant d'auto-

accusation ne fait que confirmer le diagnostic. Quelques malades, au contraire, arrivent du délire d'auto-accusation à un délire de négation stéréotypé. Cette forme délirante peut-elle aboutir à la démence? Le fait est possible; mais les observations que nous avons relevées ne nous permettent pas de l'affirmer catégoriquement.

2° Passons aux cas aigus.

Si nous nous bornions à énumérer les différents symptômes que l'on peut rencontrer dans l'affection une fois constituée, nous retrouverions à peu près tous ceux que l'on observe dans la mélancolie aiguë délirante. Aussi nous semble-t-il préférable de mettre plutôt en lumière les différences et les contrastes principaux.

Tout d'abord, il importe de noter que, là encore, l'affection se développe sur le terrain spécial que nous avons indiqué plus haut, et la plupart du temps sous l'influence de causes occasionnelles extérieures insignifiantes.

Le début est parfois brusque, parfois subit, toujours très rapide, et c'est toujours aussi le délire d'auto-accusation sous ses diverses teintes qui apparaît d'emblée, primitivement. Jamais il n'est précédé ni préparé par une période de dépression physique, morale, intellectuelle, ni d'anxiété simple.

Une fois le délire installé, le malade peut se montrer déprimé ou anxieux. Mais il ne s'agit pas là de manifestations permanentes, continues comme dans la mélancolie. Ce ne sont plus que de simples épisodes réactionnels en rapport avec l'exacerbation du délire. Cette mobilité, cette variabilité du ton émotionnel est de la plus haute importance. Elle est d'ailleurs des plus faciles à constater et se reflète dans l'attitude, la physionomie, le langage du malade, tantôt déprimé, triste, anxieux, presque muet, tantôt indifférent ou soucieux et causeur, en un mot « ondoyant et divers », comme disait un de nos malades.

Les mêmes variations se retrouvent dans l'activité des différents processus intellectuels. Jamais on ne constate d'une façon permanente ce ralentissement, cet arrêt psychique fondamental du mélancolique. A part certains intervalles où l'individu semble absorbé, distrait dans la rumi-

nation de ses conceptions erronées, la plupart du temps, même en plein accès, il fait preuve d'attention, de mémoire, d'une idéation étendue : il s'occupe, lit, écrit, se mêle aux conversations. Nous en avons même vu faire de la musique et chanter.

Si l'on envisage ces conceptions délirantes en elles-mêmes, on y retrouve souvent la plupart des caractères que nous avons essayé de mettre en lumière pour les formes chroniques. Nous n'insisterons pas. Le fait capital, c'est que le délire d'auto-accusation n'a jamais la fixité monotone de celui du mélancolique et revêt toujours un caractère, d'ailleurs variable, de systématisation, reposant sur un ensemble d'interprétations précises, de soi-disant preuves dont le sujet est toujours prêt à démontrer la réalité.

Les hallucinations sont rares ; lorsqu'elles existent, elles sont presqu'exclusivement auditives et se présentent toujours comme la traduction sensorielle du délire.

Tout en s'obstinant dans ses convictions erronées, le malade ne fait d'ailleurs pas preuve à tout propos de cet entêtement, de cet esprit de résistance systématique si souvent signalé chez les mélancoliques, en raison même de cette mobilité que nous avons signalée tout à l'heure.

Enfin les signes somatiques font défaut; les fonctions organiques continuent à s'accomplir normalement et la santé générale reste bonne.

Parmi ces délires d'emblée d'auto-accusation, les uns durent un temps assez long, sous l'aspect que nous venons d'indiquer, les autres se présentent sous l'aspect de simples bouffées délirantes ne durant que quelques jours.

Dans ces conditions, le tableau symptomatique est celui d'un délire systématisé aigu hallucinatoire.

Le début est toujours subit, les conceptions délirantes apparaissent d'emblée en quelques heures. Ce sont des idées d'auto-accusation, de culpabilité, la crainte de poursuites, d'une arrestation, de la prison, etc. Elles ne tardent pas à s'accompagner d'hallucinations diverses de l'ouïe et de la vue, de caractère pénible. Ces différents symptômes déterminent en général une anxiété réactionnelle, souvent

intense et parfois un certain degré de confusion secondaire des idées. L'insomnie est fréquente ; parfois on note du refus d'aliments : des tentations de suicide sont à craindre.

Par le mode de début brusque, le caractère primitif du délire, la fréquence des hallucinations, l'anxiété réactionnelle, ces faits se distinguent aisément de la mélancolie et se rapprochent au contraire très nettement des délires systématisés aigus à forme de bouffées délirantes.

Il est d'ailleurs un fait qui vient à l'appui de cette interprétation, c'est leur observation possible, à titre d'épisodes transitoires, dans le cours d'autres variétés de délire systématique chronique, tels ceux de persécution.

Ces bouffées délirantes disparaissent au bout de quelques jours. Mais il est à remarquer que les formes aiguës de délire systématisé d'auto-accusation, qu'il s'agisse de délires d'emblée prolongés ou de simples bouffées délirantes, si elles guérissent, sont sujettes à récidiver et souvent sous la même forme.

M. **GIRAUD** lit au nom de M. **LAFFORGUE** un rapport sur une observation de *forme fruste de maladie de Parkinson*.

Observation

Le nommé B... est âgé de 22 ans, son père est mort d'une maladie sur la nature de laquelle le malade ne peut donner aucun renseignement. Sa mère vit encore et est habituellement bien portante. Trois frères et deux sœurs bien portants et n'ayant jamais présenté aucun trouble nerveux. Le malade lui-même n'a jamais eu de maladie antérieure à l'affection qu'il présente aujourd'hui. Pas de syphilis, ni d'alcoolisme.

La maladie actuelle a débuté il y a trois ans. Les troubles que le malade présentait à cette époque consistaient dans du tremblement des mains et des troubles de la marche, troubles analogues à ceux que l'on observe aujourd'hui. Il n'existait pas de symptômes généraux. Le malade, n'accuse aucune cause

occasionnelle ayant pu déterminer la production de ces phénomènes morbides. Après deux ou trois mois l'affection a rétrocédé, en partie du moins. Seuls les troubles de la locomotion ont persisté. Cependant le malade remarque qu'ils étaient par la suite moins accentués qu'au début de la maladie et qu'ils ont diminué progressivement d'intensité.

Actuellement (juin 1896) le malade se trouve dans l'état suivant :

Troubles sensitifs. — Pas de douleurs spontanées. Après une marche, même de courte durée, le malade éprouve une sensation de fatigue et de courbature assez intense et hors de proportion dans tous les cas, avec le travail produit.

L'exploration objective de la sensibilité permet de constater une perception normale de la douleur, du contact de la température. Pas de troubles de la sensibilité spéciale.

Troubles moteurs. — Dans la station debout, si l'on fait tenir le malade les pieds réunis et joints, on observe de légères oscillations dans le sens latéral. Ces oscillations sont très apparentes quoique leur amplitude soit assez faible.

La station debout, le malade se tenant sur un seul pied, les yeux étant fermés, est impossible. Non seulement les oscillations latérales persistent dans cette position, mais elles sont encore beaucoup plus accentuées que dans la position précédente. Leur amplitude augmente sans que leur rythme soit modifié. Ce rythme est assez lent et régulier. Le malade pose d'ailleurs presque immédiatement le deuxième pied à terre. Très rapidement en effet son corps vacille réellemant dans le sens latéral. Il sent très nettement qu'il tomberait bientôt s'il voulait persister à garder cette position.

Les troubles moteurs les plus intéressants sont ceux que le malade présente pendant la marche ; ces troubles sont aussi les plus caractéristiques. Quand le malade est en marche, le pied est projeté en avant, la pointe plus basse que le talon et le pied rasant le sol. Ce mouvement est accompagné d'un tremblement très manifeste et assez marqué des jambes, tremblement qui est dû à des contractions fibrillaires antagonistes des muscles. En même temps la partie supérieure du corps, tête et tronc, est portée en avant d'une façon très notable. L'arrêt est franc. Le pied est alors posé à plat ; la totalité de la plante du pied est appliquée à la fois contre la surface du sol dans un mouvement

assez brusque. Quand le malade fait demi-tour, il ramène brusquement le pied qui était en avant contre l'autre pied en frappant fortement du talon. Ce mouvement est immédiatement suivi de la contraction brusque des fléchisseurs des orteils, contraction qui a pour effet d'abaisser fortement l'avant-pied dans un mouvement vif et saccadé.

Telle est la façon dont marche le malade libre de toute charge et lorsqu'il n'est pas fatigué.

Lorsqu'il porte un fardeau, le sac par exemple, les troubles que nous venons de décrire s'accentuent et cette exagération devient de plus en plus manifeste à mesure que la fatigue augmente. Au départ, le malade penche légèrement son buste en avant. Toutefois, il faut l'examiner très attentivement pour se rendre compte du déplacement de son centre de gravité qu'il produit de la sorte. Les oscillations latérales de son corps sont également très légères.

Lorsque le malade a fait plusieurs kilomètres, il penche le tronc de plus en plus en avant. Cette inclinaison s'accentue ainsi progressivement et insensiblement. Le pas devient en même temps plus court et plus précipité. De plus en plus la pointe du pied semble être projetée la première en avant. Lorsqu'il arrive au terme de sa marche, le malade paraît enfin ne marcher que sur la pointe du pied. En même temps s'accentuent aussi les oscillations latérales du tronc. Le malade vascille réellement; il titube presque. Son corps, par exemple, s'incline un peu vers la droite ; et lorsqu'il est arrivé à la position extrême dans ce sens, une brusque contraction des muscles antagonistes le ramène du côté opposé par une espèce de soubresaut. Le tronc occupe alors du côté gauche une position analogue à celle qu'il vient de quitter du côté droit. Une contraction violente et brusque des muscles de droite le ramène de nouveau dans sa position première et ainsi de suite. En somme le malade présente l'aspect d'un objet ballotté entre deux obstacles parallèles et successivement rejeté de l'un vers l'autre. Il bouscule ses camarades qui marchent à côté de lui.

Ces mouvements qui, au début, présentaient une certaine régularité, deviennent de plus en plus incoordonnés, et lorsque la fatigue est devenue assez considérable, leur irrégularité est extrême.

Ces phénomènes s'accompagnent des quelques mouvements anormaux des membres supérieurs. Les bras sont projetés par mouvements saccadés et irréguliers sur les côtés du tronc,

l'avant-bras, étant à demi fléchi sur le bras. Mais il n'existe pas de tremblement proprement dit des membres supérieurs.

La physionomie elle-même prend à ce moment une expression particulière qui semble traduire une émotion très pénible d'angoisse. Les yeux sont fixes et baissés ; les muscles de la face sont comme contracturés, donnant aux traits un aspect de raideur et de tension douloureuse.

L'examen objectif du malade à l'état de repos permet de noter les troubles suivants :

Lorsque le sujet est assis, et qu'il appuie la pointe du pied contre le sol, le talon en étant détaché, la jambe devient immédiatement le siège d'oscillations assez lentes et de faible amplitude. Le talon sous l'influence de ces oscillations, tapote sur le sol.

Il n'existe pas d'incoordination motrice proprement dite. Le sens musculaire est conservé. Pas de sensations anormales pouvant être rattachées à un trouble de ce sens.

Pas de phénomène morbide du côté des membres supérieurs.

Il existe un léger degré d'exagération des reflexes rotuliens. Les autres reflexes sont normaux.

Il n'y a pas de paralysie musculaire. La force dynamométrique est normale. Les membres présentent leur volume normal. On ne constate ni atrophie ni hypertrophie. L'exploration électrique ne permet de déceler aucun trouble des muscles ou des nerfs. Pas de troubles trophiques. Organes des sens normaux.

Le malade ne présente aucun trouble mental bien accusé. La mémoire est bonne, mais le sujet est d'une intelligence médiocre, il comprend très lentement. Il est un peu taciturne, mais pas réellement triste.

Le malade a été soumis à un traitement ioduré et arsenical pendant trois mois. Deux mois après la cessation du traitement il s'est produit une amélioration. La marche était plus aisée et la station debout pouvait être gardée par le malade un temps beaucoup plus long et sans inconvénient. Cette rémission a duré plusieurs mois. Le malade nous dit avoir observé une amélioration de ce genre un an et demi auparavant et sans qu'il ait suivi à cette époque un traitement quelconque. Le malade a quitté le régiment et nous n'avons pu avoir depuis lors de renseignements sur son état.

Les différents troubles que nous venons d'analyser doivent-ils et peuvent-ils être rattachés à la paralysie agitante ? Telle est la

première question à résoudre, car ce diagnostic n'est pas de ceux qui s'imposent, il peut, au contraire, prêter à discussion.

Le malade ne présente que des troubles moteurs que l'on peut grouper de la façon suivante : raideur des muscles du tronc, entraînant une situation anormale du corps avec tendance à déplacer en avant le centre de gravité, contracture musculaire des membres inférieurs se manifestant par l'impossibilité où se trouve le malade de garder l'équilibre dans la station verticale, par la titubation latérale qui se produit lorsqu'il marche, et enfin contracture des muscles des membres supérieurs, moins prononcée que la précédente et donnant lieu à des oscillations et des mouvements irréguliers des segments terminaux de ces membres.

Tous ces phénomènes sont sous la dépendance d'un même trouble morbide : un trouble de la tonicité musculaire.

Des troubles de ce genre sont signalés dans les paralysies d'origine centrale. Mais ici il ne saurait être question d'affection de cette nature, puisque d'un côté nous avons noté la persistance de la force musculaire que l'examen objectif a reconnue normale. En deuxième lieu, les membres inférieurs qui sont le siège des troubles moteurs les plus importants ne présentent pas non plus les signes d'impotence fonctionnelle qui caractérisent ces paralysies. Enfin les réflexes que nous avons trouvés à peine exagérés le seraient beaucoup plus dans l'hypothèse d'une lésion centrale.

L'incoordination motrice qui se manifeste chez notre malade par les oscillations latérales, pourrait à la rigueur être rapportée à la sclérose en plaques. Certains malades atteints de cette affection présentent, en effet, une forme de démarche, dite démarche cérébelleuse, dont la description se rapproche beaucoup de celle que nous avons donnée de la démarche de notre sujet. Ils hésitent à se mettre en marche, ils appréhendent même de se tenir debout et vacillent. « Ils marchent à petits pas, lourdement, comme un homme ivre, festonnant à droite et à gauche, éprouvant une difficulté souvent considérable à se retourner tout d'un coup et obligés parfois, pour y arriver, de piétiner sur place. » (Pierre Marie). Ces symptômes se rapprochent beaucoup de ceux que présente notre malade ; et au premier abord, il semble bien qu'il s'agit chez lui de sclérose en plaques. Étant donné, en outre, que cette affection peut se présenter sous des formes anormales dans lesquelles certains symptômes sont observés isolément à l'exclusion de tout autre, la possibilité de ce diagnostic

devait être envisagée. Nous le rejetons pour les raisons suivantes : la démarche titubante de notre malade présente ce caractère spécial, d'être accompagnée et pour ainsi dire provoquée par la raideur musculaire des membres inférieurs. Cette raideur n'est pas d'ailleurs localisée aux membres inférieurs ; on la retrouve sur les muscles du tronc tout entier ; et cette dernière contribue à donner au sujet cette attitude raide et figée que l'on s'accorde à considérer comme caractéristique de la paralysie agitante. En outre, le corps tout entier est projeté en avant et le malade semble bien, suivant la comparaison classique, courir après son centre de gravité. Enfin les troubles moteurs des membres inférieurs, s'accompagnent de troubles moteurs du côté des mains. Ce tremblement des mains, pour n'avoir pas tous les caractères du tremblement de la maladie de Parkinson, diffère complètement du tremblement observé dans la sclérose.

Reste une dernière affection à laquelle on pourrait rapporter l'ensemble des phénomènes que nous venons de signaler. L'hystérie, en effet, simule toutes les affections et peut se manifester par les symptômes les plus divers. Elle peut, en particulier, emprunter à la maladie de Parkinson et le tremblement et la démarche, et même, jusqu'à un certain point, l'attitude rigide que l'on considère comme un des caractères essentiels de la paralysie agitante. Un fait pouvait surtout nous faire songer à l'hystérie, c'est l'âge du malade. La paralysie agitante est une affection qui ne s'observe ordinairement que dans la seconde moitié de la vie. Rarement on la constate dans la jeunesse. Les manifestations hystériques se produisent au contraire de préférence dans cette période de l'existence. L'hystérie peut en outre rester latente, et apparaître seulement à l'occasion d'un trouble brusque et profond, comme par exemple, une émotion forte, telle que celle que nous retrouvons dans l'histoire de notre cas particulier : changement complet des habitudes et du mode d'existence du malade. Nous ne croyons pas cependant devoir nous rattacher à cette idée. La recherche des stigmates hystériques, de ces symptômes caractéristiques et démonstratifs de la maladie est restée absolument négative. Nous n'avons pu déceler des troubles de la sensibilité générale ou spéciale (anesthésies, hyperesthésies, troubles visuels, etc.). Leur absence constatée à plusieurs reprises nous a autorisé à croire que l'hystérie devait être écartée.

L'explication physiologique de ces phénomènes ne peut se

trouver que dans un manque de tonicité des muscles. Il est certain que le tonus musculaire s'affaiblit chez le malade très rapidement. Cet affaiblissement ne tarde pas à déterminer une perturbation complète du sens musculaire. Les contractions cessent dès lors d'être en rapport avec le travail qu'elles devraient produire. L'amplitude du mouvement est dépassé ou n'est pas atteint. D'où une sensation d'incertitude et d'incoordination qui se manifeste par le tremblement, les oscillations. Il semble que le système nerveux cherche à corriger, en somme, par des contractions opposées, ce que les contractions premières ont d'exagéré, d'insuffisant ou de vicieux. Par la combinaison de ces incitations adverses, on peut expliquer la démarche oscillante et titubante du malade.

D'autre part cette démarche a pour résultat une sensation d'instabilité. Le malade a notion que l'équilibre de son corps est détruit, instinctivement alors il déplace en avant son centre de gravité. Ce phénomène a pour conséquence de précipiter le mouvement de translation en avant, de précipiter les contractions musculaires et d'augmenter encore leur profonde incoordination.

Plus le malade est fatigué et plus ces troubles deviennent évidents et s'accusent. L'existence d'une charge dorsale a également pour effet de les accentuer. Dans ce cas la fatigue agit sur le système nerveux et non sur le système musculaire lui-même. Son influence se manifeste par les phénomènes suivants qui caractérisent et synthétisent ces troubles morbides : en premier lieu, l'affaiblissement du tonus musculaire suivi du défaut de synergie des contractions des muscles qui a pour résultat la perte de la sensation de stabilité et d'équilibre.

Ce qui caractérise notre cas, ce qui justifie la dénomination de forme fruste que nous lui avons attribuée, c'est que ces phénomènes ne se produisent que lorsque la fatigue a exercé son action, et que l'existence d'une charge contribue beaucoup à leur production. Le rôle de cette charge ne peut être défini bien nettement. Elle peut agir en déplaçant le centre de gravité qu'elle porte en arrière, forçant ainsi le sujet à incliner son corps en avant, ou bien en déterminant une fatigue assez considérable des muscles du tronc et du dos, dont elle épuise la tonicité.

M. le Dr Daniel BRUNET

Organisation des Asiles publics d'Aliénés

MM. Marandon de Miontyel, Sérieux, Toulouse, Le Filliâtre, continuent leurs attaques contre l'organisation des Asiles, demandant la séparation des fonctions de directeur et de médecin en chef, l'autonomie des médecins adjoints, l'augmentation du nombre des médecins en chef, des modifications dans la construction des bâtiments et des murs de clôture, la mise en vigueur de l'opendoor.

Ces questions ont déjà été longuement examinées aux Congrès de Nancy et de Toulouse, à la Société médico-psychologique, mais comme on désire qu'elles soient de nouveau soumises au Congrès d'Angers, je m'empresse de déférer à ce désir. Pour mon compte personnel, je ne vois aucun inconvénient à ce que la discussion soit aussi longue, aussi étendue qu'on le voudra, à la condition toutefois qu'elle ne dégénère plus en accusations aussi injurieuses qu'imméritées contre les directeurs-médecins, qu'elle revête toujours des formes parlementaires, un caractère courtois comme cela doit exister entre collègues.

La raillerie, l'ironie qu'on emploie trop souvent ne sont pas dignes d'un débat aussi sérieux que celui que comporte l'organisation de nos Asiles.

La réunion ou la séparation des fonctions de directeur et de médecin en chef est une question d'opportunité ; en principe la réunion vaut mieux mais elle n'est pas toujours possible ; elle vaut mieux parce que, quelle que soit la délimitation qu'on établisse entre ces deux sortes de fonctions, elle assurera toujours la plus grande unité, une meilleure harmonie de tous les services ; que seule elle permet d'instituer largement le travail des aliénés qui est un des plus puissants moyens de guérison de la folie quand elle est curable et de son amélioration quand elle ne présente aucune chance de guérison ; qu'elle facilite la réalisation

de toutes les conditions hygiéniques nécessaires au bien-être des malades, de toutes les améliorations dont sont susceptibles les Asiles, qu'enfin elle est beaucoup plus économique, condition qu'on me paraît trop dédaigner.

L'organisation du travail des aliénés est très difficile, ne peut être qu'imparfaite lorsque les fonctions de directeur et de médecin sont séparées, parce que les ateliers, l'exploitation agricole et maraîchère, les préposés des services généraux dépendent du premier fonctionnaire, tandis que les infirmiers et les aliénés sont placés sous l'autorité du second.

Les dissentiments, les luttes continuelles entre les directeurs et les médecins sont inévitables et trop connus pour que j'y insiste; personne ne les nie d'ailleurs.

Pour les prévenir on demande l'augmentation des attributions des médecins et la diminution de celles des directeurs, de manière que ceux-ci perdent l'autorité prépondérante qu'ils possèdent actuellement. Cette augmentation est juste et possible dans une certaine mesure; je ne vois aucun inconvénient à ce qu'on donne, par exemple, toute la police médicale aux médecins, qui en ont déjà la plus grande partie, mais enlever aux directeurs la police générale et n'en faire que des administrateurs placés en sous-ordre et sous le contrôle du service médical, me semble difficile.

Les directeurs resteront toujours responsables de la gestion financière et économique, quoi qu'on fasse, et cette responsabilité qui ne peut exister sans une assez grande autorité suffira pour les placer au-dessus des médecins, du moins en province, où les Conseils généraux se préoccupent plus des intérêts économiques des départements que des intérêts moraux des aliénés.

Les fonctions de directeur et de médecin me paraissent devoir être réunies partout où une seule personne peut s'acquitter du service médical. Cette réunion doit être maintenue dans les Asiles où elle existe actuellement et pourrait être établie avec beaucoup d'avantages dans les Asiles du Mans, de Cadillac et de Bordeaux.

On objecte à cette réunion que le temps consacré aux

fonctions administratives ne laisse plus aux médecins le temps nécessaire pour leur permettre de s'acquitter d'une manière convenable du service médical, de faire des travaux scientifiques, que mûs par des sentiments purement personnels ils subordonnent les intérêts des aliénés à ceux des départements, pour satisfaire aux désirs des autorités dont ils dépendent.

Ces accusations sont complètement fausses ; je suis resté trente-quatre ans directeur-médecin des Asiles départementaux de la Côte-d'Or, de la Nièvre, de la Charente et de l'Eure et j'affirme n'avoir pas consacré en moyenne plus d'un quart d'heure par jour à mes fonctions administratives, celles-ci ne consistant qu'en un travail de direction et de surveillance puisque le travail matériel peut être et doit être fait par les employés du secrétariat à part quelques signatures à donner.

La surveillance de l'économat et de la recette ne doit être exercée que rarement ; ce qu'il importe à un directeur c'est de bien connaître cette double gestion, de pouvoir en vérifier tous les détails quand il le juge nécessaire, afin que le receveur et l'économe sachent bien qu'ils peuvent être inspectés à chaque instant par lui. Il surveille d'ailleurs presque tout le temps, d'une manière en quelque sorte inconsciente le service de l'économat en s'occupant du service médical et la recette est sous la responsabilité du trésorier-payeur général qui en vérifie souvent les écritures et la comptabilité. Que des malversations se produisent trop souvent de la part du receveur et de l'économe, cela est incontestable et tient à ce que l'administration supérieure ne montre pas assez de sévérité envers les coupables quand on les découvre ; mais il est rare que des reproches soient adressés à cet égard aux directeurs qui n'y peuvent rien. Quant à l'exploitation maraîchère et agricole, qu'on considère comme si absorbante, elle est confiée à un jardinier et à un chef de culture et les directeurs n'ont à s'en occuper que pour indiquer les récoltes qu'ils désirent. La culture maraîchère est préférable à la culture agricole non seulement parce qu'elle est plus productive mais aussi parce qu'elle donne du travail en tout

temps aux aliénés et qu'elle n'exige jamais d'eux une grande fatigue comme le fait la récolte des foins et des céréales.

Il me semble nécessaire qu'un directeur ait quelques notions de culture afin qu'il puisse constater quand il se promène dans la propriété de l'Établissement si elle est en bon état d'entretien; mais ces notions sont courtes et faciles à acquérir.

Le point principal de la culture maraîchère est de ne pas refuser d'engrais aux jardiniers et c'est parce que j'accédais toujours à leurs demandes que les Asiles dirigés par moi avaient les premiers prix dans les concours et que je passais pour posséder des connaissances que je n'avais pas acquises. On n'a pas à craindre pour le jardinage la verse des récoltes pour la culture des céréales et une fumure abondante améliore le terrain en même temps qu'elle donne de beaux produits qui sont rémunérateurs.

L'ennui réel, presque unique des fonctions administratives consiste dans l'exercice de la police générale et de la police médicale et comme il est en grande partie réclamé avec beaucoup d'instances par les médecins qui attaquent l'organisation actuelle, s'il vient à leur être accordé, ils auront les préoccupations de la réunion des fonctions sans en avoir les avantages.

Un directeur-médecin peut facilement s'acquitter convenablement de toutes ses fonctions sans y consacrer ordinairement plus de trois à quatre heures par jour.

J'ai connu beaucoup de directeurs-médecins et aucun d'eux n'a jamais subordonné les intérêts des aliénés à ceux des départements, comme on les en accuse et ils consacrent tous leurs efforts à les défendre : quand il s'agit, par exemple, de réduire le prix de journée de ces malades, ils luttent toujours contre les préfets et les Conseils généraux, avec la certitude de déplaire, avec le risque de compromettre leur situation.

Les économies qu'ils réalisent n'ont qu'un but, l'amélioration des conditions hygiéniques des aliénés qu'on leur refuserait sans elles.

On objecte encore à la réunion des fonctions que quelques

médecins sont incapables de remplir les fonctions administratives. Cela est exact et pendant mon internat à Charenton, M. Cahueil, l'aliéniste le plus éminent de notre siècle, nous répétait souvent et avec raison, qu'il aurait fait un très mauvais directeur. Ce fait prouve seulement qu'avant de nommer directeurs-médecins les personnes qui sollicitent ces fonctions, il est nécessaire de s'assurer qu'elles possèdent les aptitudes nécessaires pour les remplir et que celles qui ne les possèdent pas doivent se consacrer uniquement aux fonctions de médecin en chef qui aujourd'hui sont assez nombreuses. Ce sont les hommes qui doivent s'adapter aux fonctions et non les fonctions aux hommes.

La légère perte de temps occasionnée par les fonctions de directeur est bien compensée par l'allègement apporté au service médical par les employés de la direction A l'Asile d'Evreux où le recrutement des internes est presque impossible comme dans tous les établissements éloignés des Facultés, des Écoles de médecine, parce que maintenant le stage et les exercices pratiques des étudiants en médecine sont obligatoires aux sièges mêmes de ces Facultés et de ces Écoles, un employé était chargé de tenir les cahiers de visites, m'aidait à rédiger les observations médicales, à faire les bulletins médicaux, les rapports trimestriels, les statistiques, le rapport médical annuel, etc., travaux dont j'eusse été obligé de m'acquitter seul, si je n'avais été que médecin en chef.

Si, en province, les directeurs-médecins ne font pas toujours beaucoup de travaux scientifiques, cela tient à ce qu'ils n'ont pas les mêmes facilités, la même émulation pour les produire et les publier qu'à Paris ; qu'ils manquent de bibliothèques, de laboratoires, de journaux, de Sociétés scientifiques, mais ce n'est certes pas le temps qui leur manque.

La réunion des fonctions administratives et médicales me paraît aujourd'hui plus nécessaire que jamais. On a émis le vœu, à la précédente Chambre des députés, que les directeurs et les directeurs-médecins fussent nommés par l'autorité préfectorale, comme le sont les médecins, et il

est possible que ce vœu soit renouvelé et adopté par la Chambre actuelle. Les directeurs-médecins, en raison de leur qualité de médecins, conserveront peut-être encore une certaine indépendance, tandis que les directeurs laïques ne seront plus que de simples chefs de bureaux des préfets qui administreront complètement les asiles et annihileront l'influence médicale, sans qu'aucun recours soit possible.

Admettre l'autonomie des médecins adjoints dans les asiles administrés par des directeurs-médecins c'est admettre la séparation des fonctions, car il n'y a entre un médecin en chef et un médecin adjoint autonome, chef de service, d'autre différence que le nom et le traitement.

Les médecins assistants, qui secondent à l'étranger les directeurs-médecins des asiles d'aliénés, ne sont pas autonomes comme on l'a prétendu. J'ai constaté en Suisse ce fait qui vient de m'être confirmé par M. Ladame.

Non seulement on réclame à cor et à cri la séparation des fonctions de directeur et de médecin en chef, mais on demande en même temps l'augmentation du nombre des médecins, qui ne devraient pas avoir à traiter plus de 100, 200 ou 300 aliénés.

Le nombre des médecins doit être moins subordonné à la moyenne quotidienne des aliénés qu'au total des admissions annuelles ; pour cette raison, les asiles de la Seine où elles atteignent un chiffre très élevé, souvent égal à celui de la population moyenne, ne sauraient être comparés aux asiles de province où elles sont beaucoup plus faibles. Aucun de ces derniers asiles n'en a autant que le plus petit établissement de la Seine, celui de Vaucluse où, sans compter la colonie agricole composée d'individus atteints d'idiotie, on traite 1,600 aliénés environ, dont la moitié sont admis dans l'année. On peut donc, sans être inconséquent avec soi-même, approuver la séparation des fonctions dans cet asile et rejeter celle des établissements d'Evreux, d'Angers, de Quatre-Mares, de Bailleul, de Saint-Yon, qui ont plus de lits, mais dont aucun n'a 300 admissions. Les deux asiles de province où celles-ci atteignent le chiffre le plus élevé sont ceux de Lyon, où

elles ont été, en 1897, de 513, et celui de Marseille où il y en a eu 504 ; bien que très inférieures à celles de l'asile de Vaucluse, elles me semblent encore suffisantes, jointes à l'élévation de la population moyenne, pour justifier la séparation des fonctions de directeur et de médecin et la nomination de deux médecins en chef.

La réunion des fonctions me semble impossible dans les asiles de Montdevergues, de Maréville et de Clermont, en raison du chiffre considérable de la population moyenne et du grand nombre des pensionnaires qui y sont traités. Si l'augmentation des aliénés continue à progresser à Saint-Yon et à Bailleul, la séparation des fonctions y deviendra peut-être nécessaire ; mais, au lieu d'admettre cette séparation, il me semblerait préférable de construire un pensionnat bisexué pour le département de la Seine-Inférieure et pour celui du Nord, et de consacrer uniquement aux indigents les asiles actuels de ces départements.

La construction de ces pensionnats n'aurait que des avantages, même au point de vue économique, en augmentant le nombre des pensionnaires qui seraient placés dans de meilleures conditions de bien-être et par suite les bénéfices de ces départements.

La réunion des indigents et des pensionnaires dans un même asile a beaucoup d'inconvénients sous tous les rapports, ces deux catégories de malades qu'il est ordinairement impossible d'isoler complètement n'ayant ni les mêmes goûts, ni les mêmes habitudes, ni la même éducation, étant soumis à un régime différent, ce qui complique beaucoup le service : on a commis une faute grave en créant dans les asiles publics d'aliénés de Clermont et de Ville-Evrard des pensionnats importants qui ne pourront jamais prendre une grande extension.

L'asile d'Evreux qui a 900 lits, dont la population moyenne quotidienne varie de 850 à 870 aliénés, mais qui n'en reçoit chaque année que 137, exige moins de travail qu'un service de la Seine de 350 lits, qui a plus de 300 admissions annuelles. Cela est facile à prouver en comparant le mouvement de la population de cet asile à celui de ce service pendant une certaine période de temps, de 1888

à 1897 par exemple. Au commencement de cette période, l'asile d'Evreux avait 855 aliénés ; pendant sa durée il en a reçu 1,234, ce qui porte le nombre des malades traités à 2,089 ; tandis que celui du service de la Seine aura été de 3,050, en portant le nombre des admissions de chaque année seulement à 300. Non seulement les aliénés traités auront été plus nombreux dans ce service, mais ils auront exigé beaucoup plus de temps, beaucoup plus de soins, indépendamment de leur nombre, parce qu'il y en aura eu 2,700 de reçus pendant cette période au lieu de 1,234, qu'il aura fallu étudier longuement, pour lesquels il aura été nécessaire d'établir des pièces d'admission, de rédiger de nouvelles observations et que la thérapeutique à leur égard aura dû être plus active, puisque sur 100 guérisons 85 à 90 ont lieu la première année. Les anciens malades demandent beaucoup moins de travail ; leurs observations n'ont besoin d'être complétées que par quelques notes, les modifications de leur état mental étant moins nombreuses, et les rares guérisons qu'on observe chez eux s'obtiennent plus par le calme, le travail, des distractions, quelques moyens hydrothérapiques, des congés, des sorties provisoires, que par des médicaments.

Le tableau suivant résume le mouvement de la population de l'asile d'Évreux du 1er janvier 1888 au 21 décembre 1897 :

	Folie simple et organique		Paralysie générale		Démence sénile et organique		Idiotie simple		Épilepsie avec aliénation mentale		Total général		
	F	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	D.S.
Existant au 1er janvier 1888 . . .	270	290	19	6	2	2	102	93	28	42	422	433	855
Admis pour la 1re fois	241	284	122	32	10	14	32	28	29	23	434	381	815
Admis par suite de rechutes	44	56	»	»	»	»	»	»	»	»	44	56	100
Réintégrés par suite d'évasion ou de sortie avant guérison .	43	55	12	5	»	»	3	2	2	7	60	69	129
Admis par transfèrement d'un autre asile d'aliénés . .	58	70	7	10	1	3	8	18	11	6	83	107	190
TOTAUX. . .	654	755	160	53	14	19	145	141	70	78	1.043	1.046	2.089

Le nombre des malades traités pendant ces neuf ans a été de 2,089, la population moyenne quotidienne de 855.

Nombre moyen de malades traités chaque année : 1,001.

Admissions totales : 1,234.

Moyenne annuelle : 137,11.

Admissions, déduction faite des transfèrements du quartier d'aliénés criminels de Gaillon, de la Seine et d'autres départements : 1,044.

Moyenne annuelle : 116.

Admissions de tous les cas de folie : 849.

Moyenne annuelle : 94,34.

Admissions des cas de folie, déduction faite des aliénés transférés : 723.

Moyenne annuelle : 80.

M. Le Filliâtre, qui devait faire une communication au Congrès, que je regrette de ne pas voir ici, réclame dans un article publié l'année dernière, par la *Tribune médicale*, pour un asile de 800 malades :

8 médecins en chef avec un traitement de 8,000 fr., ci.	64,000 fr.
8 médecins assistants à 3,000 fr., ci . .	24,000
8 internes docteurs en médecine ou n'ayant que leur thèse à passer, à 2,000 fr., ci.	16,000
TOTAL.	104,000 fr.

Un asile ainsi dirigé ne serait plus, dit-il, une fabrique d'incurables, guérirait au moins 200 malades, le quart de ceux qui y seraient traités et comme leur prix de revient est de 2 francs par jour, ces 200 cas de guérison produiraient une économie de 146,000 francs, supérieure par conséquent de 42,000 francs à la dépense. Ce système, qu'il préconise également pour les asiles de province et pour ceux de la Seine, est beaucoup plus erroné pour les premiers que pour les seconds, comme je vais le démontrer.

M. Le Filliâtre augmente les recettes de ses asiles et en

diminue les dépenses en sorte que, au lieu de se trouver en excédent, son budget présente un déficit important.

Dans ses dépenses il ne compte pas les avantages en nature de son personnel médical qui, avec la valeur locative du logement dépassant le quart du traitement en argent, s'élèvent au moins à 26,000 francs, ce qui porte la dépense totale de 104,000 à 130,000 francs. Dans les asiles de province, le prix de revient de la journée des indigents n'est pas de 2 francs comme le pense M. Le Filliâtre et comme il l'est réellement dans ceux de la Seine ; il n'atteint même pas 1 franc, d'où diminution de moitié de ses recettes qui de 146,000 francs tombent à 73,000 francs. Ses dépenses étant de 130,000 francs dépassent donc ses recettes de 57,000 francs, au lieu de leur être inférieures de 42,000 francs comme il le suppose. En outre, son chiffre de 200 guérisons n'est appuyé sur aucune preuve et est très exagéré. A l'asile d'Evreux, par exemple, où l'on ne reçoit par an que 137 aliénés, sur lesquels il n'y a que 80 cas de folie récente qui ne sont pas tous susceptibles de guérison, comment pourra-t-il guérir 200 malades ?

Et puis partager un établissement en huit sections serait jeter partout le désordre, rendre toute classification impossible, mêler ensemble toutes les formes de l'aliénation mentale et cette confusion loin d'accroître le bien-être des malades, d'augmenter leurs chances de guérison, aggraverait leur état mental.

M. Marandon Montyel propose de supprimer dans la construction des asiles les galeries couvertes et de remplacer par des grilles, les murs avec sauts-de-loup des préaux. Je crois que les galeries présentent beaucoup d'avantages pour le service du personnel médical de surveillance aussi bien que pour les aliénés, et qu'on peut remédier aux inconvénients qu'elles présentent actuellement en substituant aux arcades en pierre trop massives des colonnettes en fer ou en fonte et à la toiture de zinc, de tuile ou d'ardoise une couverture en verre qui n'enlève aucune lumière aux salles du rez-de-chaussée contre lesquelles elles sont adossées. Pour empêcher les sauts-de loup d'être dangereux et malpropres, il suffit d'avoir des

préaux suffisamment grands, comme ceux de la partie antérieure de l'Asile d'Evreux qui ont une longueur de 65 mètres, pour permettre de leur donner une pente très légère et d'y semer du gazon. Les grilles sont plus faciles à escalader que des murs, à cause des barreaux transverses qui relient entre eux les barreaux verticaux, lesquels barreaux peuvent servir en outre de moyens de pendaison et il est plus agréable de pouvoir regarder la campagne librement qu'à travers une grille.

Les cellules étroites, à plafond bas, devraient être remplacées par des chambres d'isolement cubant environ 35 mètres. Je crois que nulle part, à moins de cas exceptionnels, elles ne sont employées comme habitations de jour; mais, tous les aliénés qui poussent des cris, font du bruit la nuit devraient y coucher et je ne conçois pas qu'on puisse conseiller de placer des malades en traitement, qui ont besoin de calme et de repos, dans des dortoirs où ne règne pas une tranquillité complète. Pour satisfaire à cette indication très importante, j'ai fait construire une centaine de chambres à l'Asile d'Evreux.

L'opendoor qu'on vante beaucoup depuis quelque temps est un système d'organisation des asiles dans lequel *tout ce qui est pratique est ancien et tout ce qui est nouveau n'est pas pratique.*

On dénigre trop au profit de l'étranger la patrie de Pinel qui ne mérite pas les blâmes qu'on lui adresse. Que tout soit parfait dans nos établissements, dans leur construction, dans leur organisation, personne ne le pense ; quelques-uns pourraient être détruits sans aucun regret et les meilleurs nécessitent des améliorations mais il ne s'en suit pas qu'il faille tout détruire pour améliorer. On réclame de la liberté, des asiles aux portes et aux croisées ouvertes, pour les aliénés tranquilles dont le nombre dépasse, je le reconnais, la moitié de ceux qui sont traités. Il existe des serrures dans toutes les maisons privées et c'est pousser le paradoxe un peu loin que d'en priver nos asiles. Ces serrures me semblent nécessaires dans les asiles bisexués pour éviter des relations entre les deux sections, pour alléger la surveillance qui ne doit pas tou-

jours être surmenée, etc. Les grillages des croisées ont été condamnés il y a plus de cinquante ans par Parchappe qui a oublié, pour éviter les suicides, de placer les infirmeries et les quartiers d'observation au rez-de-chaussée. Les asiles de Niort, de Limoges et de Breuty construits d'après son programme ont des croisées entièrement libres. Les malades tranquilles jouissent de la plus grande liberté dans les asiles de province bien organisés. Ils travaillent dans de vastes propriétés, sans murs de clôture, situés ordinairement autour des établissements, en étant distants quelquefois de plusieurs kilomètres comme cela a lieu pour celui de la Charité-sur-Loire, sous la direction de chefs de cultures, de chefs d'ateliers, n'exerçant sur eux presque aucune surveillance.

A l'Asile d'Evreux, les dimanches et jours fériés ils vont en promenade toute la soirée; ils prennent du café, fument des cigares, achètent des gâteaux ; ils sont conduits aux fêtes et aux foires locales, déjeunent et dînent avec la fanfare de l'Asile plusieurs fois par an à la campagne ; pendant la foire de Saint-Taurin qui dure quinze jours on y envoie chaque jour un certain nombre d'aliénés et ils assistent tous à une représentation du cirque au nombre de plus de quatre cents. Cela existait et déjà en grande partie lorsque M. Marandon de Montyel était médecin adjoint de cet asile où il a débuté.

Les promenades, les collations avec les parents, les congés et les sorties provisoires, les visites fréquentes, la liberté d'écrire, je n'ai jamais cessé d'en donner l'autorisation pendant les trente-huit ans que je suis resté médecin en chef préposé responsable, ou directeur-médecin.

Les visites tous les jours et à toute heure de la journée ne me paraissent pas compatibles avec l'ordre qui doit régner dans un grand établissement. Pour les incurables, deux jours de visite par semaine, comme cela existe partout, me paraissent suffisants, et quant aux malades susceptibles de guérison pour lesquels elles peuvent être plus fréquentes, elles doivent être toujours surveillées avec soin par le service médical pour ne pas aggraver leur état mental, comme je l'ai vu arriver quelquefois. La douche

de punition à laquelle j'ai renoncé il y a trente ans, parce que j'avais vu des internes l'employer avec trop de violence et déterminer des accidents graves, a été supprimée depuis quelques années dans tous les asiles par une circulaire ministérielle.

La liberté d'écrire doit être illimitée pour les malades curables mais peut être restreinte sans aucun inconvénient à un ou deux jours par semaine pour les incurables.

Je ne saurais admettre de grands asiles composés de villas disposées en forme de village, avec boulevards, places publiques, cafés abstinents, débits de tabac, tramways, et je préfère beaucoup de petits établissements situés au milieu de propriétés d'une soixantaine d'hectares, avec de grands préaux, ayant tous vue sur la campagne au moins par un de leurs côtés, pouvant contenir, suivant le nombre des admissions, de quatre à six cents aliénés et administrés par un directeur-médecin aidé de deux internes qui devraient être docteurs en médecine ou n'avoir plus que leur thèse à passer. Dans de petits asiles semblables les aliénés peuvent se promener, travailler, avoir une liberté complète, ce qui est difficile dans de grands établissements.

Le non-restreint doit être appliqué aussi largement que possible, mais il ne peut pas l'être d'une manière absolue et il ne l'est nulle part. A l'Asile d'Evreux il existe dans la section des hommes, deux jeunes dégénérés atteints de débilité mentale, sans épilepsie, dont l'un présente une hémiplégie survenue peu de temps après sa naissance, qui présentent une telle surexcitation de l'instinct destructeur qu'ils ne peuvent rester quelques heures les mains libres, sans déchirer entièrement leurs vêtements, sans casser les carreaux des croisées et tous les objets qui se trouvent à leur portée. Celui qui est atteint de l'hémiplégie a conscience de l'impuissance de sa volonté, ne veut pas qu'on lui laisse les mains libres. L'autre non seulement brise et déchire tout, mais il frappe en même temps d'une manière violente les infirmiers quand il a la liberté de ses mouvements. Pour ces deux dégénérés dont les impulsions irrésistibles durent depuis plusieurs années, le non-restreint me paraît

impossible. Dans la section des femmes, une débile et une idiote se livrent toute la journée sur elles-mêmes ou avec leurs compagnes à l'onanisme ; les laissera-t-on démoraliser ainsi toute une division ?

Il est certain, comme l'a dit M. Doutrebente, que l'envoi des aliénés des Asiles de la Seine dans ceux de province est un obstacle à l'emploi du non-restreint dans ces derniers. M. Marandon de Montyel lui a répondu que les médecins ne désignaient pas les aliénés destinés à être transférés, que ceux-ci étaient choisis uniquement parmi ceux qui recevaient peu ou pas de visites de leurs parents ou de leurs amis. Cette réponse n'est pas fondée ; on sait qu'ordinairement les visites deviennent de moins en moins fréquentes, à mesure que l'ancienneté de l'aliénation mentale augmente, qu'au bout de quelques années lorsque la maladie ne présente plus de chances de guérison, elles sont très rares, si même elles ne cessent pas tout à fait. Or, les transfèrements n'ont lieu que pour les incurables qui n'en reçoivent plus guère, ils peuvent donc être choisis du moins en partie et c'est parmi eux qu'on rencontre les individus les plus incoercibles, les dégénérés à perversion instinctive, certains maniaques chroniques qu'aucun traitement ne peut calmer.

En terminant cette communication, je ne puis m'empêcher de renouveler le vœu si souvent émis, que chaque département ait un asile pour ses aliénés et que celui de la Seine construise assez d'etablissements, pour ne pas être dans l'obligation douloureuse d'envoyer la moitié des siens dans ceux de province.

La communication de M. BRUNET provoque un échange de vues sur le stage hospitalier des internes des asiles. Quelques membres voudraient que le service d'interne dans les asiles, sur un certificat délivré par le chef de service, pût remplacer pour les inscriptions le stage dans un service d'hôpital.

MM. RÉGIS, TRENEL, ARNAUD, RITTI et BOISSIER combattent cette manière de voir en faisant ressortir

que les règlements actuels, permettant l'accès de l'internat des asiles, après la douzième inscription, ne favorisent que trop la spécialisation hâtive des élèves qui n'ont pas le temps de compléter leurs études de médecine générale pourtant si nécessaires à un chef de service d'asile.

M. TRÉNEL dit qu'on ne peut qu'appuyer ce que vient de déclarer M. Régis. Les internes des asiles sont supposés devoir posséder les connaissances suffisantes en médecine générale, et ils ne peuvent évidemment pas les acquérir dans les asiles en raison de la nature spéciale des malades qui y sont hospitalisés. Ils est à souhaiter qu'ils aient fait entièrement leur stage dans les hôpitaux ordinaires et que leur éducation médicale soit aussi complète que possible.

M. ARNAUD observe que dans le milieu des asiles de la Seine, il existe actuellement un courant d'opinions contraires à cette spécialisation prématurée, puisque l'Association des internes et anciens internes de la Seine est saisie d'un projet, d'après lequel ne seraient admis à concourir pour l'internat que les étudiants munis de toutes leurs inscriptions et ayant subi tous les examens de doctorat. Le but de cette mesure serait d'assurer aux internes des asiles les connaissances complètes en médecine générale qu'il leur est si difficile d'acquérir plus tard dans un service d'aliénés.

M. MOTET se félicite que cette discussion ait été soulevée ; il insiste sur son importance pratique.

Vendredi 5 Août (Soir)

VISITE AUX ARDOISIÈRES DE TRÉLAZÉ

CLOTURE DU CONGRÈS

Suivant un agréable usage, chaque Congrès doit se terminer par une excursion.

Il avait été convenu que MM. les Congressistes se rendraient d'Angers à Saint-Florent-le-Vieil en bateau à vapeur. Ils pourraient admirer les superbes paysages qui bordent la Loire.

Cette excursion présentait un vif attrait et tous les Membres présents voulaient y répondre. Malheureusement la baisse des eaux survenue huit jours avant le Congrès, empêchait toute navigation.

On dut avec regret renoncer à cette promenade.

Après avoir clôturé leurs travaux à la séance du matin, MM. les Congressistes étaient conviés à se rendre à trois heures, place du Ralliement, pour aller visiter les ardoisières de Trélazé. Le départ s'est effectué sous la direction de M. le Dr Guichard, d'Angers, membre de la Commission des Ardoisières

Le premier arrêt a eu lieu à la scierie mécanique de Saint-Léonard. Là, les Congressistes ont été reçus pas MM. Larivière, Jamin, Jamin-Richou, Lorin, Laboë, Paul Haman, Leydier, les Drs Lebarzic et Charles Larivière, Moisant qui ont fait visiter à leurs invités les différents ateliers de la scierie : rabotage, polissage, puis la tréfilerie qui y est annexée, le goudronnage et la galvanisation des câbles.

Cette visite a vivement intéressé les Congressistes, qui ont ensuite été transportés à la carrière de l'Hermitage où il ont assisté aux travaux du fendage et de l'extraction de la pierre au

puits à ciel ouvert de la Saulaie. Les ouvriers ont fait partir des mines en leur présence.

Du puits de la Saulaie, les Congressistes ont été invités à se rendre au domicile de M. Paul Hamon, directeur de la carrière de l'Hermitage où des rafraîchissements avaient été préparés sous une tente dressée tout exprès. Le champagne et le vin d'Anjou ont circulé et **M. le Dr GUICHARD**, prenant la parole s'est exprimé en ces termes :

MESDAMES,

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

MM. LES CONGRESSISTES,

Votre voyage en Anjou n'eût pas été complet, si vous n'étiez venus visiter une de nos plus anciennes industries : les Ardoisières d'Angers.

Elles datent de plusieurs siècles ; nous nous honorons d'être les descendants de ceux qui les ont créées ; notre distingué président, M. Bordeaux-Montrieux, qu'une absence tient éloigné de nous, aurait pu vous dire, avec orgueil, ses nombreux quartiers de noblesse.

Vous êtes à Trélazé, sur la butte, au milieu des Perreyeux.

Avant d'être arrivés au degré de développement que vous avez vu, nos pères avaient commencé par exploiter sur place ; c'était à dos d'âne, par des sentiers de montagne, que l'on montait l'ardoise fabriquée ; puis avec des treuils, des manèges à cheval ; il y a cinquante ans, l'on introduisit les machines à vapeur ; aujourd'hui, nous arrivons à l'électricité.

On exploitait à ciel ouvert, puis en galerie de haut en bas, enfin de bas en haut.

La lumière électrique a remplacé l'huile et le gaz.

Vous avez suivi la taille de l'ardoise par le fendeur ; l'homme a été remplacé avec avantage par la machine.

Vous avez vu les produits de la science mécanique ; ce sont nos derniers perfectionnements.

L'Administration sera heureuse si vous conservez de votre visite un bon souvenir ; elle y tient doublement.

Votre Président nous appartient par ses origines ; par l'éminent Dr Boinot, du Saumurois, qui accueillit toujours les Angevins avec tant de bienveillance ; il fut l'ami de nos pères et nous prodigua, ainsi que vous, des témoignages d'affection ; par le Dr Archambault dont le frère vivait à Angers, par le Dr Mesmet de la Flèche en Maine.

Les neurologistes et aliénistes avaient donc droit à toutes nos sympathies.

Quant à vous, mon cher Président et ami, vous avez bien voulu attribuer aux Angevins et Angevines, beaucoup de qualités ; permettez-moi de vous dire que nous avons admiré les vôtres. Si elles sont angevines, vous avez su les cultiver de la plus charmante manière sur le sol parisien, vous avez fait grand honneur à votre première Patrie.

Serait-ce le doux climat de l'Anjou qui nous a valu l'épithète de *molles Andecavi* de Jules César, notre caractère hospitalier serait-il dû à notre excellent vin, souvent chanté par nos pères, et qui sert de trait d'union aux jeunes dans leurs banquets de Paris ?

Aussi est-ce le moment, en votre noble compagnie, de le sortir de nos celliers.

Vidons une coupe, Mesdames et Messieurs, en l'honneur des Congressistes neurologistes et aliénistes, en l'honneur du représentant de M. le Ministre de l'Intérieur, le docteur Regnard, en l'honneur de notre distingué et aimable président, le docteur Motet, et de vous toutes, Mesdames, qui venez apporter au Congrès le charme et la grâce.

Les paroles de M. le Dr Guichard ont été très applaudies. Au nom des Congressistes **M. le Dr MOTET**, dans une très heureuse improvisation, a remercié M. le Dr Guichard et la Commission des ardoisières de leur accueil aimable. M. le Dr Motet a délicatement proposé de boire à Mme Guichard.

Puis on s'est serré une dernière fois la main, en se disant : « A l'année prochaine, à Marseille. »

Les uns ont repris le chemin d'Angers, les autres, les plus

braves, munis de la blouse, du chapeau de cuir et de la lanterne réglementaires sont descendus au fond de l'un des puits de la carrière de l'Hermitage et des Petits-Carreaux. Ces puits dont ils ont visité les galeries, n'ont pas moins de 180 mètres de profondeur.

La IXe Session du Congrès de médecine mentale et de neurologie est close.

Nous ne saurions terminer ce compte rendu, sans adresser nos plus vifs remerciements à tous les Confrères qui nous ont aidé dans notre tâche, au milieu desquels nous n'aurons garde d'oublier M. le Dr Parant, le sympathique secrétaire général au Congrès de Toulouse, autre Angevin d'origine, un des inspirateurs de celui d'Angers, heureux d'apporter à sa ville natale l'honneur insigne d'offrir l'hospitalité à un Corps savant de médecine nerveuse.

TABLE DES MATIÈRES

ANGERS, IMPRIMERIE LACHÈSE ET C[ie]. — 1899.